علم النفس

مجلة فصلية
تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب

العدد السادس والأربعون ابريل - مايو - يونيه ١٩٩٨
السنة الثانية عشرة



مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب

علم النفس

العدد السادس والأربعون إبريل. مايو. يونية ١٩٩٨ السنة الثانية عشرة

علم النفس

مجلة فصلية

تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب

تدمد 0737 - 1110

١١١٠ ـ ٠٧٣٧



في هذا العدد

كلمة التحرير

في بداية الستينيات من القرن الحالي قدم الدكتور سعد المغربي رسالة لنيل درجة الماجستير من كلية الآداب بجامعة عين شمس في موضوع «ظاهرة تعاطي الحشيش ـ وهي دراسة من منظور تكاملي وكانت أول دراسة عربية في هذا المجال. ثم أعقب ذلك لنيل درجة الدكتوراه في موضوع سيكولوجية الإدمان وبالتطرق لإدمان الإفيون. وتلا ذلك تشكيل لجنة الدراسة مشكلة تعاطي المخدرات برئاسة الدكتور مصطفى زيور ـ بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ثم توالت الدراسات والبحوث في مجال الإدمان بأساليب ومناهج مختلفة .. وحتى يومنا هذا مازالت مشكلة الإدمان تحتل مكانا هاماً لدى بعض الباحثين وخاصة بعدما تعددت أشكال الإدمان وانتشاره بين الطبقات المختلفة .

ومن ثم فإن أسرة تحرير مجلة علم النفس تجد ضرورة هامة في عمل ببليوجرافيا تلقي الضوء على هذه البحوث وتعرّف بالسادة الباحثين حتى يمكن أن تقدم للدولة تصوراً للظاهرة والحلول لمواجهتها .

وإدارة المجلة يسرها أن تفرد عدداً لهذه الببليوجرافيا وذلك بعد تلقي المكاتبات من السادة الباحثين في هذا المجال ، وذلك بأسرع مايمكن.

ويهمنا أن نشير إلى أن العدد الحالي يتضمن بحثاً جديداً وموضوعه «الثقافة والمرض النفسي» وهو مناقشة فكرية هامة تستحق أن يتبعها مناقشات أخرى وخاصة وأن الموضوع ظهر في كتابات علماء التحليل النفسي

الأوائل ومازالت مدارس علمية هامة وخاصة فى فرنسا ، تأخذ بهذا الاتجاه فى دراسة المرض النفسى.

وقد سعدنا بنشر بحث فى مجال التحليل النفسى «ما بين فلسفة العلم والقياس النفسى ـ صدق القابلية للتكذيب للأسلوب الإسقاطى» . ونأمل أن يظهر اتجاه يُأصل هذا الخط والمنهج العلمى الهام.

وقبل أن نختم نشير إلى موضوع هام وهو عدم توخى السادة الباحثين بشروط النشر فى المجلة بحيث جاءت الكثير من الدراسات بأحجام كبيرة وغير متمشية مع فلسفة المجلة التى تهدف إلى اتساع دائرة البحوث وإعطاء الفرصة لمزيد من المحررين .

كذلك لوحظ فى بعض البحوث عدم مراجعة اللغة العربية وهذه مسألة ماكنا نود الإشارة لها وخاصة وأن المحررين يحملون درجات علمية عالية .

رئيسة التحرير

أ. د. كاميليا عبدالفتاح

الثقافة والمرض النفسى

أ. د. علاء الدين كفافى
أستاذ ورئيس قسم الإرشاد النفسى
معهد الدراسات والبحوث التربوية
جامعة القاهرة

مقدمة

تتعلق هذه الدراسة ببيان العلاقة بين الثقافة والمرض النفسى، أو بدور المتغيرات الثقافية فى نشأة الأمراض النفسية ونموها. وقد حددت الأمراض النفسية فى الدراسة بالأمراض النفسية الوظيفية أو الأمراض نفسية المنشأ. وبعد مقدمة عن المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية للسلوك، وبعد تحديد مفهومى الثقافة والمرض النفسى المستخدمين تعالج الدراسة تأثير الثقافة فى المرض النفسى من خلال الموضوعات الآتية:

أ) السلوك بين المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية .

مدخل إلى الدراسة :

يتحدد سلوك الإنسان وشخصيته بمجموعتين من العوامل: المجموعة البيولوجية والمجموعة الثقافية الاجتماعية. أما المجموعة البيولوجية فهى المجموعة التى ترتبط بجسم الانسان وتتضمن عوامل: الوراثة بمعنى ما يرثه الفرد من والديه وأجداده وأصلابه من سمات وصفات، والجهاز العصبى وحالته فى أداء الوظائف المنوطة به، وإفرازات الغدد الصماء أو الهرمونات التى تؤثر على السلوك والشخصية تأثيراً كبيراً، والبنية الجسمية أو الطراز الجسمى الذى يذهب بعض العلماء أنه أحد المحددات الهامة للسلوك. كما أن هناك عوامل أخرى ضمن هذه المجموعة مثل تعرض الفرد للتسمم أو للأمصال أو تناوله للعقاقير والمواد المؤثرة عقلياً، وكذلك حالة التمثيل الغذائى أو الأيضى لديه وما إذا كانت تتم على نحو صحيح أم لا.

وأما المجموعة الثانية فهى المجمرعة الثقافية وهى التى تتعلق بعلاقة الفرد بالأفراد المحيطين به والوسط الاجتماعى الثقافى الذى يعيش فى ظله. ويأتى فى مقدمة عوامل هذه المجموعة الأسرة بكل ما تمثله كأول بيئة يعيش فيها الطفل وبما تعلمه من مفاهيم وعادات وأساليب سلوكية وبما يتأثر به داخلها باعتبارها شبكة من العلاقات الاجتماعية والإنسانية.

ثم يأتى العامل الآخر والمتمثل فى المدرسة وما تتيحه من مواقف تعليمية مقصودة تهدف إلى اكساب التلميذ خبرات معينة، إضافة إلى ما يكتسبه هو على نحو غير مقصود غالباً من تفاعله مع أقرانه وزملائه فى رحاب المدرسة. ومن عوامل المجموعة الثقافية الاجتماعية أيضاً جماعة الرفاق أو الأقران التى ينضم إليها الطفل منذ دخوله مرحلة الطفولة المتأخرة ومع التحاقه بالمدرسة الابتدائية، وهم يكونون عادة من أطفال الجيرة أو من زملائه فى المدرسة. وجماعة الرفاق جماعة يدين لها الطفل والمراهق فيما بعد بكثير من الولاء ويعتز بالانتماء إليها وبالتالى يلتزم بمعاييرها وبما تراه من أساليب مستحسنة أو مستهجنة من وجهة نظرها. ومن عوامل هذه المجموعة أيضاً أجهزة الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وما تبثه من رسائل تزداد كما، كما تزداد حرفية مع التقدم التقنى وتحاصر الفرد بما تذيعه من أفكار وما تنشره على الناس من مفاهيم. ومن عوامل هذه المجموعة أيضاً كل المؤسسات الاجتماعية والجمعيات التى قد ينضم إليها الفرد وينخرط فى أنشطتها كالنوادى والجمعيات والروابط وكل الجماعات المرجعية التى يتطلع الفرد إلى أن يكون عضواً فيها.

إذن فهاتين المجموعتين من العوامل تحددان السلوك وسمات الشخصية. وينسحب هذا التحديد على حالة السواء وحالة اللاسواء جميعاً. فعوامل الصحة النفسية سواء البيولوجية منها أو الثقافية هى نفسها عوامل المرض النفسى. أى أنه ليس لدينا قائمة بعوامل أو محددات للصحة النفسية وقائمة أخرى مغايرة من العوامل أو المحددات للمرض النفسى. فالعوامل التى ترتبط بالصحة هى ذاتها التى ترتبط بالمرض. والفيصل فى الحالتين هى الصورة التى توجد عليها هذه العوامل وكيفية تفاعلها، فإذا ما وجدت وتفاعلت على نحو موات ساعدت على انتاج السلوك السوى المحقق للتوافق فى البيئة ومن هنا كانت الشخصية السوية، أما إذا وجدت هذه العوامل وتفاعلت على نحو غير موات أدى ذلك إلى صدور السلوك غير السوى والذى يفشل فى تحقيق التوافق ويفتح الباب أمام أية صورة من صور اللاسواء. فالوارثة والهرمونات والجهاز العصبى من العوامل البيولوجية على سبيل المثال يمكن أن تكون من عوامل الصحة إذا كان الجهاز العصبى سليماً وإذا كان إفراز الهرمونات عند المعدل الطبيعى، وإذا لم يرث الفرد

استعدادات وراثية للاضطراب، ويمكن أن تكون من عوامل المرض أن لم تكن على هذه الصورة. كذلك فإن الأسرة والرفاق من العوامل الثقافية الاجتماعية يمكن أن تكونا من عوامل الصحة والسواء إذا كان المناخ الأسرى وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة تعكس استقراراً أسرياً وعلاقات سوية، وإذا كان الرفاق من ذوى المعايير الاجتماعية والخلقية المقبولة ويتصفون بالسواء، والعكس صحيح فإنهما يمكن أن يكونا من عوامل الاضطراب إذا كان التفاعل الأسرى شاذاً، وإذا كانت مجموعة الرفاق جانحة أو غير سوية فى علاقاتها وتوجهاتها.

وقد درست المحددات البيولوجية والمحددات الثقافية للسلوك والشخصية فى حال السواء فى العديد من الدراسات والبحوث كشفت عن فروض لها قدر من التأييد عن بعض العلاقات التى تربط بين عوامل معينة وأساليب سلوكية أو سمات شخصية ترتبط بها. كما درست العلاقة بين كل من العوامل البيولوجية. والعوامل الثقافية من ناحية وسمات الشخصية فى حال اللاسواء أو المرض من ناحية أخرى وأن كان ذلك بدرجة أقل. وهناك أيضا فروض نالت حظا من التأييد والتدعيم تربط بين بعض حالات للعوامل البيولوجية أو الثقافية وصور مقابلة من الاضطراب العقلى. وإذا كانت العلاقات بين اختلال العوامل البيولوجية. واختلال السلوك علاقة ثابتة ومستقرة إلى حد كبير بصرف النظر عن المكان والزمان فإن العلاقة بين العوامل الثقافية وما يمكن أن يترتب عليها من اضطراب للسلوك والشخصية ليست كذلك، حيث تختلف هذه العوامل من مجتمع إلى آخر ويكون للمتغير الواحد معنى ودلالة فى ثقافة تختلف عما له فى ثقافة أخرى. وحتى داخل الثقافة الواحدة يتغير مفهوم دلالة المتغير من فترة زمنية لأخرى. فإذا اختلفت الاضطرابات النفسية من مجتمع إلى آخر من حيث معدلات الانتشار أو من حيث الأعراض والزملات فإن الثقافة تكون هى العامل الحاسم وراء هذا التباين فى هذه الصور اللاسوية من السلوك. إذن فهناك دور مفترض للثقافة فى نشأة وتطور المرض الذى يصيب أبناء هذه الثقافة. وهذا هو موضوع هذه الدراسة إذ تحاول الإجابة على التساؤل الرئيس الذى ينصب على ما إذا كان للثقافة دور أو إسهام فى نشأة المرض أو فى نموه وتطوره أو فى تحديد شكله وصوره؟

ب) مفاهيم الدراسة وخطتها:

تتضمن هذه الدراسة مفهومين أساسيين هما مفهوم الثقافة Culture ومفهوم المرض النفسى أو الأمراض النفسية و(العقلية) Psychopathology. وعلى الرغم من شهرة وانتشار هذين المفهومين فى الاستخدام فإن علينا أن نشير إلى المعانى التى يتضمنها كل مفهوم منهما حسب استخدامهما فى هذه الدراسة.

١ - الثقافة :

أما الثقافة فهو ذلك المفهوم المركزى فى العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية الذى اتسع نطاق البحث فيه والتنبه إلى أبعاده فى إطار التفاعل أو المواجهة التى حدثت بين الدول الأوروبية التى تطلعت - بعد الكشوف الجغرافية والثورة الصناعية - إلى استعمار عدد من الأقطار فى آسيا وأفريقيا وأمريكا الجنوبية وبين شعوب هذه الأقطار، حيث كان على الدول الأوروبية أن تفهم حياة الشعوب فى هذه الأقطار لإخضاعها. وقد انتبهوا إلى الاختلافات فى عادات هذه الشعوب وتقاليدها مع تلك التى تسود فى مجتمعاتهم، ومن هنا كان هذا الفهم ضرورياً للتعامل مع هذه الشعوب. وتطور مدلول المصطلح وأصبح أداة نافعة جداً ولا غنى عنها فى البحوث الاجتماعية حيث يشير إلى «نسق من المعلمات يمثل أسلوب تفاعل الناس فى جماعة منظمة أو مجتمع أو أمة مع بنيتهم الاجتماعية وبنيتهم الفيزيقية» (جابر، كفافى، ١٩٨٩، ٨٢٩). ولسنا فى هذه الدراسة نتمسك بتعريف معين لمفهوم الثقافة فأى تعريف لها يساعدنا على التقدم فى تحليل العلاقة بينها وبين الأمراض النفسية. ويمكن أن نعتمد التعريف التقليدى والمبكر الذى

قال به تيلور أن الثقافة هى ذلك «الكل المعقد الذى يشمل المعرفة والعقيدة والفن والأخلاق والقانون والعادات وكل القدرات والعادات الأخرى التى يكتسبها الإنسان كعضو فى المجتمع» Tylor E, 1913 على الرغم من أن هذا التعريف يفتقر إلى خاصية التنظيم ويعتمد على التجميع.

٢ - الأمراض النفسية (السيكوباثولوجى):

وأما فيما يتعلق بالأمراض النفسية والعقلية فسنقتصر فى هذه الدراسة على الاضطرابات النفسة والعقلية غير العضوية non organic، أو التى اصطلح على تسميتها بالاضطرابات الوظيفية Functional disorders أو الاضطرابات نفسية المنشأ Psychogenic disorders. ويمكن أن نشير إلى هذه الاضطرابات كما تثبتها أدلة التشخيص السيكاترى أو الطب نفسية كالآتى:

أ - اضطرابات عصابية: وتتسم بسيادة القلق وبصعوبة فى التوافق وكثرة استخدام الميكانزمات الدفاعية ولكن صلة العصابى بالواقع لازالت قائمة. وتشمل:

- العصاب الصدمى Traumatic neurosis
- استجابة القلق Anxiety reaction
- توهم المرض Hypochondriasis
- الاستجابة التحولية Conversion reaction
- الاستجابة الانفصالية أو التفككية Dissociative reaction
- الخوافات المرضية Phobias
- العصاب الوسواسى القهرى Obsessive-Compulsive Neurosis
- الإكتئاب الاستجابى Reactive depression

ب - اضطرابات جسمية نفسية (سيكوسوماتية Psycho-somatic) وهى اضطرابات لها آثارها على الجسم ولكنها تعود إلى عوامل انفعالية وتشمل:

- استجابات الجلد Skin reactions
- استجابة الجهاز العظمى والعضلى Musculoskeletal reactions
- استجابات متعلقة بالجهاز التنفسى Respiratory reactions
- استجابات الجهار الدورى Cardiovascular reactions
- استجابات الجهاز الهضمى Gastrointestinal reactions

جـ - اضطرابات الخلق: وتتسم بأنها أساليب سلوكية ضد قواعد السلوك وأخلاقيات المجتمع وتشمل:

- استجابات مضادة للمجتمع (سلوك سيكوباتى) Antisocial reactions
- استجابات منفصلة عن المجتمع Dyssocial reactions
- الادمانات (الاعتماد الفيزيولوجى أو التعود السيكولوجى على العقاقير والمواد المؤثرة عقلياً) Addictions
- الانحرافات الجنسية Sexual Deviations

د - اضطرابات ذهانية وتتسم بعمق الاضطراب وشموله وبتضرر العلاقة مع الواقع وتشمل:

- اضطرابات وجدانية Affective Disorder
- اضطرابات بارانية Paranoid Disorder
- اضطرابات فصامية Schizophrenic Disorder

وعلى أية حال فإن تعبير السيكوباثولوجى (Psycho-pathology) الذى يستخدم كثيراً فى الأدبيات الخاصة

بالسلوك المختل أو اللاسوى بكل صورة يفترض أنه يعنى الدراسة العلمية للاضطرابات النفسية والعقلية، ويشمل كل الأسباب والعوامل المرتبطة بنشأة المرض ونموه، امتد واتسع وأصبح ميداناً عريضاً من الدراسة ربما يتصل بعلوم كثيرة منها «علم الكيمياء الحيوية Biochemistry وعلم العقاقير Pharmacology والطب النفسى Psychiatry وعلم الأعصاب Neurology وعلم الخلايا Cytology وعلم النفس التجريبى Experimental psychology والموضوعات الأخرى ذات العلاقة، (جابر، كفافى، ١٩٩٣)، ولكننا نؤكد مرة أخرى على أن الدراسة الحالية تتناول تأثير الثقافة على الاضطرابات النفسية الوظيفية أو غير العضوية.

جـ ـ خطة الدراسة:

وتتمثل خطة الدراسة فى محاولة تناول العلاقة بين الثقافة والأمراض النفسية (السيكوباثولوجى) من خلال بحث الجوانب الآتية:

- أثر الثقافة على الشخصية.
- العوامل الثقافية والأمراض النفسية داخل المجتمع الواحد.
- تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية ومشكلاته المنهجية.
- الثقافة وبعض الفئات التشخيصية.
- الزملات المرضية المرتبطة بالثقافة.

أولاً : تأثير الثقافة على الشخصية:

أ) ثلاثية المجتمع، الثقافة، الشخصية:

إذا كانت الشخصية هى التنظيم الذى يضم صفات الفرد العقلية والانفعالية والخبرات الأخرى التى اكتسبها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية فإن الصلة بين الشخصية والثقافة تكون صلة وثيقة جداً. لأن الفرد يولد فى مجتمع، والمجتمع له ثقافة حددت سلفاً قبل ميلاده ـ طبقاً لمعاييرها ـ أساليب السلوك المستحسنة وأساليب السلوك المستهجنة، وعلى الفرد لكى يتمتع بعضويته فى المجتمع ويحظى بحمايته من خلال انتمائه له أن يستدخل معايير الثقافة وأن تصبح جزءاً من تكوينه ومن شخصيته.

وإذن فالعلاقة وثيقة جداً بين مثلث المجتمع، الثقافة، الشخصية «باعتبار أن المجتمع هو الجماعة المنظمة من الأفرد بينما الثقافة هى مجموعة من الاستجابات المكتسبة التى يتميز بها أفراد هذا المجتمع. أما الشخصية فهى التنظيم السيكولوجى للفرد عضو المجتمع (كفافى، ١٩٩٠، ١٥٥). ويعتبر «هنت» (Hunt)، «هورتون» (Horton) أنه من المتوقع أن تكون العلاقة بين الشخصية باعتبارها التنظيم السيكولوجى للفرد عضو المجتمع والثقافة باعتبارها أسلوباً للحياة فى المجتمع علاقة وثيقة جداً. «لأن الثقافة والشخصية بمعنى من المعانى وجهان لعملة واحدة»، وينقلان نصاً عن (سبيرو Spiro) يقول فيه أن نمو الشخصية واكتساب الثقافة ليستا عمليتين مختلفتين، ولكنهما عملية واحدة من حيث اعتمادهما على التعليم. وفى المجتمعات حسنة التكامل تعبر الشخصية عن ثقافة المجتمع، بينما تكون الثقافة تجريد لسمات الشخصية (Hunt, C. & Horton, P. 1972, 91-92).

وتبدو أهمية البعد الثقافى فى تشكيل الشخصية فى أن الشخصية الإنسانية تنظيم سيكولوجى لا يتبلور إلا فى ظل مجتمع له تنظيم ثقافى معين ومن خلال أساليب تنشئة اجتماعية قائمة على معايير وقم وأنماط سلوكية ارتضاها هذا المجتمع. فكما يقول رالف لنتون أنه «ليس ثمة شك فى أن الثقافة مسئولة عن الجزء الأكبر من محتوى أى شخصية، وكذلك عن جانب مهم من التنظيم السطحى للشخصية وذلك عن طريق تشديدها على اهتمامات أو أهداف معينة».. لأنه ليس للفرد أى شخصية عند الولادة، وكل ما يملكه آنئذ هو القدرة على تطوير الشخصية وعدد قليل من العناصر التى ستندمج فى التشكيل النهائى.

(لنتون، ١٩٦٤، ٦٠٩) . ويستطرد لنتون فى تأكيده على أن عملية تكوين الشخصية هى بالدرجة الأولى عملية يجرى فيها تفاعل خبرات الفرد مع صفاته التكوينية أو الوراثية ليتشكل من هذا التفاعل وحدة وظيفية متكاملة تكيفت أجزاؤها بعضها مع بعض تكيفاً متبادلاً. ويستمر هذا التفاعل طوال حياة الفرد، وإن كان يحدث بشكل أساسى ومكثف فى السنوات الأولى من العمر حيث أنها السنوات التى تنسج فيها الخيوط التى يتكون منها نسيج الشخصية. ومرة ثانية يؤكد لنتون على أهمية التأثير البيئى - وهو هنا يتحدث عن البيئة بشقيها الطبيعى والاجتماعى - فى قوله أن البيئة تتحكم فى الخبرة، ثم يذكر أن الثقافة عن طريق تأثيرها على البيئة تؤثر على الخبرة وبالتالى على الشخصية لأن البيئة ،حتى البيئة الطبيعية التى توفرها منطقة جغرافية معينة لا تؤثر على الفرد إلا بعد أن تكون قد ترشحت خلال مرورها من مصفاة تقيمها الثقافة بين الإنسان والطبيعة، (لنتون، ١٩٦٤، ٦١٠ - ٦١١).

ب) برونسلاو مالينوفسكى :

وقد ارهصت الأعمال المبكرة لجيل الانثروبولوجيين الرواد مثل (برونسلاو مالينوفسكى Malinowski) و(مرجريت ميد Mead) بالعلاقة بين الثقافة والشخصية - فى العقدين الثانى والثالث من القرن العشرين. وقد بدأت هذه الأعمال بهدف التحقق من بعض الآراء والفروض والنظريات التى ظهرت وانتشرت فى بداية القرن العشرين مثل نظرية فرويد (Freud) فى العقدة الأوديبية وآراء (ستانلى هول Stanly Hall) فى أزمة المراهقة. فقد عمد مالينوفسكى إلى التحقق من فرض فرويد المتضمن فى (عقدة أوديب) فدرس تنظيم الشخصية بين سكان جزر التروبرياند The Trobriand Islands. وعقدة أوديب كما قال بها فرويد تفترض أن الطفل ابتداء من العالم الثالث من عمره يميل إلى الوالد من الجنس المخالف ويشعر بمشاعر الغيرة نحو الوالد من جنسه، ولكن مع تقدم الطفل فى مراحل النمو وإذا لم تحدث أخطاء فى التربية أو لم يحدث تطرف أو مغالاة فى أساليب التنشئة الوالدية فإن هذه العقدة تصفى، بمعنى أن مشاعر الطفل السلبية تجاه الوالد من جنسه تأخذ فى التحول من الجانب السلبى إلى الجانب الإيجابى، ويبدأ فى التقارب من هذا الوالد ومن ثم التطابق معه وهو ما يسميه فرويد بعملية التوحد (Iden-tification). وكان منطلق مالينوفسكى أنه لا يجوز فرض فروض سيكولوجية عامة - مثل فرض عقدة أوديب - على أساس ثقافة معينة. فما حدث فى حال عقدة أوديب - من وجهة نظر مالينوفسكى - أن فرويد افترض هذه العقدة أو المركب Complex بناء على ملاحظاته لبنية الأسرة وطبيعة العلاقة بين أفرادها فى مجتمع معين وهو المجتمع الأوروبى فى نهاية القرن التاسع عشر وقال بعالمية نمط العلاقات الأسرية الذى تلخصه عقدة أوديب. ويذكر مالينوفسكى فى تقريره أنه لم يجد فى جزر التروبرياند ما يشير إلى عقدة أوديب كما تحدث عنها فرويد، انطلاقاً من أن بنية الأسرة وطبيعة العلاقات بين أفرادها والأدوار التى تحددها الثقافة لكل من الأم والأب وبعض الأقارب كالخال تختلف تماماً عما هو معروف فى النمط الأسرى الحديث الذى نعرفه والذى يفترض أن فرويد استوحاه فى نظريته.

هذا النمط من العلاقات الأسرية المباين تماماً للنمط الغربى كان من الضرورى أن يخلق نمطاً مغايراً من العلاقات بين الأبناء والآباء. فلم يجد مالينوفسكى تلك المشاعر السلبية التى يشعر بها الابن نحو الأب، تلك المشاعر التى يزعم فرويد أنها تنشأ نتيجة إدراك الابن لوالده كمزاحم له فى عواطف الأم، بل العكس فإن المشاعر كانت ودية بين الأبناء والأب، بينما كانت باردة نحو الخال باعتباره أحد مصادر السلطة الكافة.

جـ) مرجريت ميد :

ومن الأمثلة الكلاسيكية أيضاً فى موضوع تأثير الثقافة على نمو الشخصية والتى أسهمت فى بلورة مجال الدراسات عبر الثقافة للشخصية دراسات (مرجريت ميد) حول مرحلة المراهقة. فقد كانت كتابات (ستانلى هول)

وتلاميذه قد تركت انطباعاً بأن مرحلة المراهقة تمثل أحد أزمات النمو. وأن هذه الأزمة - شأنها شأن عقدة أوديب عند فرويد - أزمة فطرية لها طابعها البيولوجي التكويني، وذلك لأنها مرحلة اضطراب انفعالي شديد يرتبط بالحاح الدافع الجنسي. ويميل المراهق إلى الاعتداد بنفسه اعتداداً يجعله مفرط الحساسية، ويصطدم بوالديه إضافة إلى حيرته بين ميله الشعوري إلى الاستقلال عن والديه ورغبته في الاعتماد على نفسه، وبين ميله اللاشعوري إلى استمرار الارتباط بالوالدين والاعتماد عليهما. وتذهب هذه الوجهة من النظر إلى أن المراهق في كل المجتمعات يمر بهذه الأزمة النمائية ولا يتجاوزها إلا بتجاوز مرحلة المراهقة نفسها. وقد عارضت مرجريت ميد هذه الآراء وأكدت أن مرحلة المراهقة مرحلة أزمة بالفعل ولكنها أزمة اجتماعية ثقافية وليست أزمة فطرية واستشهدت بما وجدته في مجتمع غينيا الجديدة من أن المراهقين لا يخبرون هذا الاضطراب الانفعالي الذي يعانيه المراهقون في المجتمعات الحديثة. فالثقافة في المجتمعات البسيطة مثل مجتمع غينيا الجديدة تتيح للأطفال أن تنمو شخصياتهم في جو يسمح لهم بإشباع دوافعهم كما يحصلون على قدر كبير من الرعاية والاهتمام والاعتراف بذواتهم من جانب الكبار. ولذا تمر المراهقة في هذه المجتمعات بدون هزات انفعالية (ميد د. ت. ١٦٧- ١٩٣).

ووصلت ميد إلى القول بأن ما يسمى (الطبيعة الإنسانية) يعد نتاجاً ثقافياً، ولذا فهي تذهب إلى أن الفروق الجنسية بين الذكور والإناث في أساليب التفكير وفي الجوانب المزاجية ليست فروقاً بيولوجية تحتمها الخصائص التشريحية والفيزيولوجية للذكورة والأنوثة بقدر ما هي فروق ترتبت على الأوضاع الحضارية والثقافية التي تحدد الأدوار لكل من الرجل والمرأة. وقد استقرت الأساليب السلوكية المرتبطة بدور كل من الجنسين داخل الأسرة وفي المجتمع وأدت إلى هذه الفروق التي نلمسها الآن بين الرجل والمرأة. (Mead. 1971, 170).

د) روث بندكت :

ومن رواد مدرسة «الثقافة - الشخصية» أيضاً وأكثرهم حماساً روث بندكت Ruth Benedict الذي ذهبت مثلما عبر سبيرو عن أن عمليتي نمو الشخصية واكتساب الثقافة ليستا عمليتين منفصلتان ولكنهما عملية واحدة، وأن الشخصية بذلك تعكس الوجه السيكولوجي للثقافة بينما تعد الثقافة تجريداً لسمات الشخصية. وقد انتهت بندكت إلى ذلك من تحليلها لعدد من الدراسات التي قام بها الانثروبولوجيون لبعض المجتمعات. وعملت على كشف ورصد العلاقة بين الأنماط الثقافية السائدة في هذه المجتمعات وبين سمات الشخصية عند أفرادها وكتبت كتابها (أنماط الثقافة Patterns of Culture) عرضت فيه لأنماط متباينة من الثقافة يقابلها أنماط من الشخصية تتفق وهذه الثقافة. فقد أشارت إلى قبائل الزوني Zuni في جنوب غرب الولايات المتحدة التي انتجت ثقافتها شخصيات هادئة وادعه تميل إلى الإيثار ولا تميل إلى العنف أبداً ولذا وصفت بالنمط الأبوللي أو الملائكي Apol-lonian. كما أشارت إلى قبائل الكواكتيل Kwakwtol في شمال غرب أمريكا فهم يختلفون عن سابقيهم، حيث يميلون إلى الفردية والتسلط والملكية الخاصة وينخرطون في عداوات وصراعات من أجل الاستئثار بالنفوذ والسلطة والثروة. ولذا فهم عند بندكت يمثلون النمط الديونيسي أو الشهواني Dionysian. كذلك شملت مقارناتها وتحليلاتها قبائل الدوبو Dubo بالقرب من غينيا الجديدة، وهم أناس يميلون إلى التشكك والإرتياب ويسود علاقاتهم قدر من المشاحنات والتوترات.

هذه الأنماط المختلفة من الثقافات من شأنها انتاج أنماط مختلفة من الشخصيات متسقة مع النمط الثقافي الذي تربت في ظله. وعلى هذا فإن بندكت كانت ترى أنه يمكن فهم السلوك الإنساني فهما أفضل إذا ما عرفنا طبيعة المناخ الثقافي الذي يحدث في إطاره هذا السلوك.

هـ) مفاهيم خاصة بالعلاقة بين الثقافة والشصية:

وقد قدم ابراهام كاردنير Abraham Kardinar مفهوماً أكثر ديناميكية فى التعبير عن تأثير الثقافة على الشخصية، وهو مفهوم الشخصية الأساسية Basic Personality. وكاردنير أحد الأطباء النفسيين الذين اغرموا بالدراسات الانثروبولوجية، واستطاع أن يحقق فى أعماله درجة كبيرة من الامتزاج بين الانثروبولوجيا وعلم النفس والطب النفسى. وينطلق كاردنير من منطلق منطقى وبسيط وهو أن الثقافة داخل كل مجتمع تقوم على قيم ومعايير، وهذه القيم والمعايير تحدد إلى درجة كبيرة مضمون وأساليب التنشئة الاجتماعية التى تحدد بدورها تعلم استجابات سلوكية واحدة أو متشابهة لمواجهة كثير من المواقف الهامة فى الحياة. ومن درجة تشابه الشخصية باعتبارها جهاز الاستجابات فى كل ثقافة يفترض كاردنير وجود الشخصية الأساسية داخل كل ثقافة أو فى كل مجتمع.

ويرى كاردنير أن مفهوم الشخصية الأساسية «أداة دينامية وفعاله فى ميدان الأبحاث الاجتماعية، ويذكر أنه لم يكن «وليد أحكام بديهية جاهزة لا تقوم على الاختبار والتجربة، إنما كان نتيجة الدراسة التحليلية التى أجريت على ثقافتين وصفهما لنتون - ثقافتى قبيلتى التنالا والماركيز - بقصد تحرى العلاقة بين الشخصية والمؤسسات (الاجتماعية) وكشفت هذه الدراسة النقاب لأول مرة عن الامكانات المتوافرة فى مبادئ التحليل النفسى» (كاردنير، ١٩٦٧، ٢٠٠).

وعلى هذا فإن مفهوم الشخصية الأساسية يعتمد على نظرية التحليل النفسى التى تفترض علاقته وثيقة بين الخبرات الطفلية الأولى ونمط الشخصية فى الكبر «ولكن العلماء من كافة المشارب النظرية يقبلون بهذا المفهوم ويستخدمونه لأنه لا يتعارض مع المنطلقات النظرية لكل الاتجاهات فى علم النفس» (كفافى، ١٩٩٠، ١٥٩).

وقد تدعم افتراض الشخصية الأساسية بتحليل بعض الدراسات التى تناولت ثقافات قبائل أخرى غير التنالا والماركيز مثل التقارير التى كتبتها (كورا دوبوا) (Cora Dubois) عن بعض القبائل البدائية فى جزر الألور فى أندونيسيا. وهى قبائل تعتمد فى تنشئة أطفالها على أساليب تتسم بالخشونة. فالأم لا تبقى فترة طويلة بجانب ابنها الوليد لأنها تتركه فى رعاية الأقارب أو الإخوة الكبار وتخرج للعمل. ويخبر الرضيع فترات طويلة من الوحدة والجوع ملفوفاً فى حصير ومعلقاً على الحائط حتى تعود أمه من العمل ولا يتناول غذاؤه فى فترات منتظمة. وقد انعكس هذا الأسلوب فى التربية على طباع أفراد هذه القبائل حيث يتسمون بالعدوانية ولا يحتفظون للأم بصورة الشخص المحب الحانى ولا ينظرون إليها باعتبارها مصدراً للدفء والغذاء، بل أن صورة الأم كما ظهرت فى القصص الشعبى أقرب إلى صورة المرأة الشريرة أو الساحرة التى تهاجم الأطفال وتخطف طعامهم، والطعام كموضوع وكهدف - وقد طالما حرموا منه - له قيمة أساسية فى ديانتهم التى لا تقوم على أهداف إيجابية بقدر ما تقوم على تجنب الشرور والآثام.

ومن المصطلحات التى شاعت واستخدمت أيضاً فى الأدبيات الخاصة بدراسات الثقافة والشخصية مفهوم الشخصية القومية National Personality وهو مصطلح ينسب إلى جوردون البورت .Gordon Allport. وقد لاحظ البورت أن الطفل ينشأ حسب الثقافة الواقعية وليس حسب الثقافة المثالية، كما أن السلوك النهائى للفرد هو محصلة التفاعل بين الاستعدادات التكوينية والأنماط الثقافية المحيطة إضافة إلى الاستعدادات المزاجية التى قد تقوم بدور انتقائى فيما يتعرض له الفرد من خبرات فى البيئة وما يمكن أن يتعلمه من المواقف التى يتعرض لها.

ومفهوم الشخصية القومية لا يختلف كثيراً فى جوهره ومضمونه عن مفهوم الشخصية الأساسية إلا أن الأول يتعلق بالمجتمعات القديمة الراسخة وكبيرة العدد والتى

يصح أن يطلق عليها لفظ أمة Nation بينما يرتبط المفهوم الثانى بالمجتمعات البدائية قليلة العدد. ولا يخفى درجة تعقيد المجتمعات الأولى عن المجتمعات الثانية، ومع ذلك فقد استخدمت فنيات كثيرة فى دراسة القوميات مما استخدم فى دراسة المجتمعات القبلية البسيطة وإن كانت فى أطر مغايرة تتفق ودرجة تعقيد المجتمعات القومية.

كذلك من المفاهيم التى حفل بها الأدب الخاص بدراسات الثقافة - الشخصية مصطلح الشخصية المنوالية Modal Personality ولهذا المصطلح طابع كمى حيث يشير إلى الأنماط السلوكية الأكثر شيوعاً وتكراراً بين أفراد المجتمع. وينصب هذا المصطلح بالدرجة الأولى على السمات المحددة بصورة واضحة والتى تميز أفراد المجتمعات الثابتة والمستمرة عن غيرهم من أفراد الجماعات الطارئة أو التى ليس لها فترة طويلة من الدوام. وجوهر الشخصية المنوالية هو الأنماط السلوكية التى تميل الثقافة إلى تدعيمها. علماً بأن هذا الفهم للشخصية المنوالية يعنى أنها تتغير حسب القيم التى تؤكدها الثقافة عبر تطورها وحسب الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية والقيم التى تسود فى كل فترة زمنية معينة.

ثانيا: العوامل الثقافية والأمراض النفسية داخل المجتمع الواحد:

قبل أن نتحدث عن المجال عبر الثقافى فى الاضطرابات النفسية نشير إلى بعض العوامل ذات الطبيعة الثقافية الاجتماعية Sociocultural داخل المجتمع والتى تؤثر فى مدى انتشار Prevalence المرض أو معدل الاصابة Incidence به. ونقصد بمدى الانتشار عدد الحالات المرضية الحادثة فى المجتمع. ويتخذ العدد هنا كمؤشر على العدد الكلى للمرضى، أما معدل الاصابة فيقصد به عدد الحالات التى اصيبت بالمرض حديثا، ويتخذ العدد كمؤشر على المعدل الحالى للوقوع فى المرض.

وهذه العوامل قد تكون من قبيل الثقافة الفرعية، أو أن تكون حالة طارئة تمر بالمجتمع، أو ان تكون عوامل يتعرض لها بعض أفراد المجتمع وتشكل عوامل ضاغطة عليهم.

والاشارة الى هذه العوامل من شأنها أن تلقى ضوءا على حجم التأثير الذى تحدثه الثقافة بمتغيراتها فى الاضطرابات النفسية الوظيفية. وأهم هذه العوامل هى:

أ) الطبقة الاجتماعية:

تشير معظم البحوث إلى شيوع الاضطرابات النفسية بصفة عامة بين ابناء الطبقة الدنيا اذا ما قورنوا بابناء الطبقتين العليا والوسطى. وهناك دراسات أخرى ترجح نتائجها شيوع العصاب من ابناء الطبقتين الوسطى والعليا اكثر مما يحدث بين ابناء الطبقة الدنيا فى مقابل شيوع الذهان - باستثناء ذهان الهوس والاكتئاب - بين ابناء الطبقة الدنيا اكثر مما هو بين ابناء الطبقتين الاخيرتين. ومن التفسيرات التى تقدم لهذه النتائج العامة ،انه من المنطقى ان تنتشر الاعراض العقلية فى الطبقة الدنيا بنسبة اكبر لان معدل الاحباط فى هذه الطبقة يكون اكبر بفعل الدخول الاقتصادية المنخفضة وظروف العمل الاكثر مشقة وعدم توافر الرعاية الطبية وبقية الخدمات الأخرى بنفس الدرجة وعلى نفس المستوى كما هى بين افراد الطبقة العليا، (كفافى، ١٩٧١، ٢٠٣) بينما يرتبط شيوع العصاب فى الطبقتين الوسطى والعليا بسبب مشكلات الفراغ والتنافس فى مجال العمل والمال والمكانة الاجتماعية.

ومن الدراسات الشهيرة والكلاسيكية فى هذا الميدان الدراسة الرائدة التى اجراها عام ١٩٥٨ على مجموعة من المرضى فى ولاية كونيكتيكت كل من هولنجز هيد Ho-lingshead وهو عالم اجتماع، ردليتش Redlich وهو طبيب نفسى. وكانا قد صنفا المرضى الى خمس فئات تمثل الطبقات الاجتماعية، تضم المجموعة الأولى الذين ينتمون الى اسر كبيرة ومن خريجى الجامعات ومن

شاغلى الوظائف الادارية الكبرى وتتدرج الفئات حتى الفئة الخامسة التى تمثل الطبقة الدنيا وتضم اصحاب الاعمال اليدوية بالمصانع والعمال غير المهرة الذين لم يواصلوا تعليمهم بعد المرحلة الابتدائية. وقد لخصا نتائج دراستهما كالآتى: «العصابيون فى الطبقة الخامسة يسوء سلوكهم، والعصابيون فى الطبقة الرابعة يشكون الاوجاع الجسمية ومريض الطبقة الثالثة يدفع عن نفسه بالخوف ومريض الطبقة الأولى والطبقة الثانية غير راض عن نفسه. كذلك كان معدل الاصابة بالذهان بين أفراد الطبقة الخامسة حوالى ثلاثة اضعاف الطبقتين الأولى والثانية مجتمعين» (سوين، ١٩٧٩، ١٦٥-١٦٦).

ب) التحضر والموقع البيئى:

تكاد نتائج الدراسات تجمع ان انتشار الاضطرابات النفسية بين سكان المدن اكثر مما هو بين سكان الريف ويذكر بعض الباحثين ان معدلات الاصابة فى المدن الكبرى تصل ضعف معدلاتها فى الريف. ويتسق مع هذه النتائج ان معدلات الانتحار تزيد مع زيادة كثافة السكان فهى فى المدن الكبرى اكبر مما هى فى المدن الصغرى، وفى الأخيرة اكبر مما هى فى الريف. وتنطبق هذه العلاقة ايضا وبصفة عامة على ادمان المخدرات وتعاطى الكحوليات. والتفسير الشائع لذلك ان الافراد فى المدن الكبرى يفتقدون العلاقات الشخصية الانسانية، كما انهم يتعرضون لضغط التنافس الشديد فى العمل فى ظل نظام يستغنى عن العامل الذى لا يواكب الوان التقدم التكنولوجى واساليبه فى العمل. (Coleman,1984, 328).

علما بأن الاعداد الكبيرة من المرضى والمدمنين للمخدرات والمتعاطين للكحوليات فى المدن يتركزون فى بعض احياء وسط المدينة والاحياء الشعبية أو الفقيرة منها، سواء كانت هذه الاحياء فى قلب المدينة أو فى اطرافها ويقل اعداد هؤلاء فى اطراف المدينة واحيائها الاخرى التى يسكنها الافراد من أصحاب المستوى الاقتصادى والاجتماعى المرتفع. (Coleman, 1984, 398).

جـ) التعصب والتفرقة العنصرية:

يظهر مفعول هذا العامل فى المجتمعات التى تضم اقليات عرقية أو دينية تتعرض للتعصب أو يمارس ضدها نوع من التفرقة العنصرية. ويدرك افراد هذه الاقليات سلوك التعصب نحوهم والتفرقة بينهم وبين باقى المواطنين كعامل ضاغط يولد قدرا من الشعور بالاضطهاد والظلم. اذ يتجه التعصب من الاغلبية أو من الجماعات القوية فى المجتمع ضد الاقلية أو الفئات الضعيفة ويترتب على ذلك ان يشعر افراد الاقلية بمشاعر الاحباط ويخبرون مشاعر سلبية قوامها السخط والعداء نحو الاغلبية. وفى معظم الحالات لايستطيعون ان يوجهوا عداوتهم نحو الاغلبية والجماعات القوية - المصدر الاصلى للاحباط - فتجد هذه المشاعر الحبيسة متنفسا لها فى الاعراض المرضية او السلوك اللاجتماعى. ومن الصعب على الفرد الذى يفشل فى الحصول على مكانة مقبولة فى النظام الاجتماعى الذى يعيش فيه ان يحقق درجة معقولة من التوافق الشخصى أو الاجتماعى أو يشعر بالامن او الرضا عن نفسه. (كفافى، ١٩٩، ٢٠٠).

د) الزواج والحياة الزوجية:

الافتراض الشائع على نطاق واسع ان الاضطرابات النفسية تنتشر بدرجة اكبر بين غير المتزوجين من الارامل أو المطلقين أو الذين لم يسبق لهم الزواج اكثر مما تنتشر بين المتزوجين. وتعزز نتائج الدراسات والبحوث هذه المقولة. وقد يستند ذلك الى ان الزوج يجد فى زوجة شريكا وسميرا يأنس اليه كما ان اشباع الحاجات الجنسية فى الاطار الاجتماعى يساعد على الثبات الانفعالى ويحمى الفرد من كثير من التوترات، كما ان الزواج يعطى مكانة اجتماعية ويشبع الحاجة الى الانتماء. ويتوقف هذا بطبيعة الحال على ادراك الزوجين ما اذا كان الزواج يشبع حاجاتهما أو لا يشبعها والى اى درجة يحدث هذا الاشباع. وقد اشارت بعض البحوث الى وفاة احد الزوجين باعتباره عاملا صادما للزوج الآخر. ويتصدر موت الشريك قائمة

الاحداث الصادمة للانسان. كما ظهر من نتائج بحوث هولمز Holmes وزملاؤه الذين أعدوا مقياسا متدرجا بعنوان: مقياس اعادة التوافق الاجتماعى المتدرج Social Readjustment Rating Scale (SRRS) وهو أداة موضوعية لقياس الضغط المتراكم الذى يتعرض له الفرد خلال فترة من الزمن. ويقيس هذا المقياس ضغوط الحياة من زاوية وحدات تغير الحياة Life Change Units (LCU) وقد اظهر تطبيق المقياس ان موت الشريك Death of Spouse هو العامل الصادم أو الضاغط الأول فى الحياة فى قائمة تشمل ٤٣ (ثلاثة وأربعين) عاملا (Coleman, 1984, 149) وعند مراجعة سجلات مستشفيات الصحة النفسية يكون عدد المقبولين من غير المتزوجين تتراوح بين الضعف وثلاثة أمثال المتزوجين.

والحديث عن الزواج والحال الزواجية على هذا النحو يفترض درجة من التوافق الزواجي، ولكن اذا كان الاختيار الزواجى من البداية غير موفق أو أن الزوجين قد وجدا صعوبة فى التفاهم أو حدث ما صدع العلاقة بينهما، فى هذه الحال يتحول الزواج من عامل مرتبط بالاستقرار النفسى الى عامل يرتبط بالتوتر والضغط النفسى. وهذا يحدث فى الحال التى لا يستطيع فيها الزوجان ان يحلا مشكلاتهما، أو أن يصلا الى الحد الادنى من التفاهم الذى يحمى الحياة الزوجية من أن تكون سلسلة من المشاحنات المتصلة، الأمر الذى يجعل الزواج مؤسسة أو وضعا لا يحقق الاشباعات المنوطة به والمتوقعة منه. وإذا وصل الزوجان إلى هذه المرحلة فإنهما يشعران بالفشل والمرارة وخيبة الأمل والاحباط، ويتوفر بذلك المناخ المناسب لنمو الامراض النفسية. وقد يكون الطلاق وانهاء الحياة الزوجية خلاصا من هذه الحياة، لكن للطلاق ايضا مشكلاته الضاغطة. وفى بعض الحالات يرى الزوجان ان تستمر حياتهما الزوجية قائمة ولو كانت غير موفقة وغير سعيدة لاعتبارات اجتماعية ولاعتبارات تربوية تخص ابنائهما.

وقد تعرضت الأسرة إلى مجموعة من التغيرات أهمها خروج المرأة إلى العمل خارج المنزل، ونزوح كثير من الأسر من الريف إلى المدن. وقد انعكست هذه التغيرات على مجال القيم المرتبطة بالأسرة وبالأدوار التى يقوم بها كل من الزوجين، هذا علاوة على التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التى تحدث فى المجتمع وتتأثر بها الاسرة. وقد لاتكون الاسرة جاهزة أو مستعدة للتأقلم و التكيف مع هذه التغيرات فتتحول - على الاقل - فى بعض الفترات إلى عامل ضغط ومولد للتوترات عند أحد الزوجين أو كلاهما.

هـ) التسارع الاجتماعى:

التغير سنة من سنن المجتمع. فالمجتمع تنظيم دائم التغير، وهذا أمر ليس بالجديد وقد ألفه الناس وعرفوه، ولكن الجديد ان سرعة التغير الاجتماعى تأخذ فى الازدياد حتى بلغت حدا نستطيع ان نطلق عليه التسارع الاجتماعى. وقد حدث هذا على وجه الخصوص ربما مع بداية القرن العشرين بفعل الاكتشافات والاختراعات العلمية، وبفضل الانفجار المعرفى الذى يتمثل فى مضاعفة المعرفة كل فترة تأخذ فى التناقص، وبفعل ثورة المواصلات والاتصالات التى جعلت العالم كله قرية صغيرة يعرف كل طرف فيها ما يحدث فى بقية الأطراف.

والتغير الاجتماعى تغير فى القيم التى يتمسك بها افراد المجتمع. وإذا لم يواكب تغير القيم تغير الجوانب المادية من الثقافة مثل الاكتشافات والاختراعات والمواصلات والاتصالات تحدث ظاهرة التخلف الثقافى Cultural Lag وهو تخلف يسبب كثيرا من مشكلات سوء التوافق لبعض الافراد ممن لا يتصفون بقدر كاف من المرونة العقلية أو الاجتماعية حيث يتعرضون لضغوط شديدة نتيجة لعدم اتساق الجوانب المادية من الثقافة مع جوانبها غير المادية.

يحدث الصراع القيمى أساسا بين القيم القديمة أو الآفلة مع القيم الجديدة أو البازغة. وتعتمد القيم القديمة على تمسك الاباء بها كما تعتمد القيم الجديدة على تحمس الابناء لها. ويعم هذا الصراع حياة المجتمعات التى تتعرض بعنف للتغيرات، ويتسلل الى داخل الأسرة ويسبب درجة من الخلاف والتصادم بين الابناء والآباء، ويخلق درجة من توتر العلاقات داخل الاسرة، أو يكون من عوامل التذبذب والاضطراب فى المجتمع. وهو مناخ ينتشر فيه تعاطى المخدرات والكحوليات وتظهر فيه أساليب العنف والجريمة والانتحار وبعض الاعراض العصابية.

يحدث الصراع القيمى فى صوره الحادة فى المجتمعات النامية من جراء تعرضها لتأثيرات تأتى اليها من المجتمعات الصناعية والمتقدمة. اما المجتمعات الاخيرة فقد تخبر نوعا آخر من الضغوط لبعض افرادها يتمثل فى معاناة هذا البعض لما يسمى بالقلق الوجودى الذى يحدث نتيجة التساؤلات التى تلح عليهم حول بعض الظواهر ابتداء من التناقضات الحادة التى يراها بين فئات المجتمع، الى فقدان العلاقات الانسانية الحميمة بين الافراد، الى التنافس المرير على المال والسلطة والمكانة، الى أزمة حرية التعبير فى مجتمعات تسيطر فيها المصالح على اجهزة التعبير عن الرأى، وانتهاء بالتساؤل عن مغزى حياة الانسان وهدف وجوده فى ظل تراجع التعاليم الدينية وطغيان القيم المادية على حياة المجتمع. وقد يصبح الفرد فى هذه المجتمعات لامنتميا يرفض كل المعتقدات والأيديولوجيات والمبادىء ولايرى جدوى فى التمسك بها فى بحثه عن احداث التغيير الاجتماعى المرغوب، أو فى مقاومة الضغوط التى تسببها هذه الأوضاع الاجتماعية والثقافية، أو حتى فى بحثه عن خلاصة الفردى بالخروج من حالة العبث والفراغ واللامعنى التى يجد نفسه متورطا فيها.

وفى هذا الجو السيكولوجى تجد الاعراض النفسية فرصة للنمو والانتشار.

و) العمل والمشكلات الاقتصادية :

ان النجاح فى العمل وما يترتب عليه من اشباع من العوامل الاساسية فى الاستقرار النفسى والتوافق الشخصى والاجتماعى. بل ان شعور الفرد بقيمته الشخصية ومدى تقديره لذاته - خاصة بالنسبة للذكور - يرتبطان الى حد كبير بمدى نجاحه فى العمل. وبالمثل فان ادراك الفرد انه غير ناجح فى عمله، او انه يؤدى عملا لاقيمة له أو ضئيل القيمة يشعره بالدونية والهامشية ويمثل عاملا ضاغطا عليه، خاصة اذا كان اصحاب الطموح او ممن يتطلعون الى القيام بدور هام فى بيئته ومجتمعه.

ومجال العمل هنا لا يقتصر على المهارات الفنية التى يتضمنها اداء العمل ولكنه يشمل ايضا طبيعة العلاقات التى تربط الفرد برؤسائه وزملائه ومرؤسيه فى العمل. وبقدر ما تقوم هذه العلاقات على اسس انسانية صحيحة بقدر ما توفر اشباعا نفسيا واحساسا بالأمن الانفعالى. والعكس صحيح فإذا ما توترت هذه العلاقات وشابها مشاعرالتحدى او المنافسة الضارة غير الصحية أو التسلط فانها تصبح مصدرا من مصادر الكدر والقلق للفرد.

ومن الجوانب الهامة فى مجال العمل المقابل المادى الذى يحصل عليه الفرد ومدى ادراكه انه ينال ما يستحقه من مقابل مادى ومن مزايا او تيسيرات . لان هذا الادراك يرتبط بمدى رضا الفرد عن عمله ومدى اقباله عليه وبالتالى مدى خبرته بالاشباعات التى يمكن ان يوفرها العمل. واذا ادرك الفرد انه لا ينال ما يستحق من مقابل لقاء عمله بالنظر الى دقة العمل، أو مدى الحرفية فيه، اوبالنظر الى نوعية الاعداد والتدريب، والمؤهلات التى حصل عليها الفرد، او بالنظر لما يناله العاملون الاخرون المناظرون له فى المؤهل أو فى طبيعة العمل أو فى سنوات الخبرة، أصبح العمل عامل تكدير وتوتر بدلا من أن يكون وسيلة لتحقيق الذات والشعور بالأمن والسيطرة.

كذلك من الجوانب التى تربط بالعمل ومهارات ادائه التغير فى أساليب العمل واحتياج هذه الاساليب الجديدة

الى مستوى اعلى من المهارة الفنية والمرونة وسرعة الاستيعاب. ويحدث هذا التغير الان وبسرعة بفعل التقدم التكنولوجي المتمثل فى التوسع فى استخدام الحاسبات الآلية وميكنة كثير من العمليات التى كانت تؤدى بشكل يدوى. ويلاحظ أنه ليس لدى كل العاملين القدرة على مسايرة هذه التغيرات ومجاراتها والتوافق معها. ومن لم يستطع فعليه ان يواجه تحديا خطيرا أقله أنه يبدو امام نفسه وامام الآخرين كعامل غير كفء بعد ان كان - فى ظل اساليب وطرق العمل السابقة - عاملا ماهرا متوافقا. وفى معظم المجالات يسبب التقدم التكنولوجي واستخدام اساليب حديثه فى العمل فقدان عدد غير قليل من العاملين أعمالهم لأن من شأن هذه الاساليب الاستغناء عن اعداد من العاملين والاقتصار على اعداد قليلة من ذوى المستوى العالى من التدريب، مما يضع عددا من الافراد فى حالة بطالة وتعطل بما تمثله هذه الحال من وضع يفقد الفرد فيها أمنه الاقتصادى والنفسى، ويجعله مهيئا لمختلف صور الاضطرابات النفسية والجسمية.

ز) الحروب:

الحرب من اقسى التجارب التى تمر على الأمم والشعوب. وأيا كان دوافع الحرب فان لها نتائج وخيمة شديدة الوطأة على الجوانب الاقتصادية والاجتماعية، حيث ان تكاليف الحرب تلتهم قدرا كبيرا من الدخل القومى اضافة الى ان عمليات الانتاج تتضرر، لان العاملين الممثلين للقوى الانتاجية ينخرطون فى عمليات الحرب وتوجه كل طاقات الشعب وامكاناته للمجهود الحربى.

ولكن يلاحظ انه اذا كانت آثار الحرب الاقتصادية تظهر اثناء الحرب فان الاثار النفسية والاجتماعية تتأخر لما بعد انتهاء العمليات الحربية. فاضافة الى عصاب الصدمة الذى يصيب كثيرا من الجنود ممن يكونون مهيئين له فان كثيرا من المدنيين ممن يعانون من التوترات ويعيشون فترة الحرب فى ظل الخوف والرعب والتهديد المستمر يظلون متماسكين طوال فترة العمليات العسكرية، ولكن تنفجر لديهم بعد ذلك اعراض نفسية معظمها من الاعراض الجسمية النفسية، أو يمكن ان تحدث هذه الاعراض بعد فترة من التحمل التى يستطيعها الفرد. ولذا يقال ان الحرب تنتهى بالنسبة للعسكريين بانتهاء المعارك ولكنها تبدأ فى نفس اللحظة بالنسبة للنفسيين والاجتماعيين.

ثالثا: تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية ومشكلاته المنهجية:

أ) تبلور المجال:

واذا انتقلنا من دراسة العلاقة بين العوامل الثقافية الاجتماعية والامراض النفسية داخل المجتمع الواحد أو على مستوى الثقافة الواحدة الى دراسة هذه العلاقة على مستوى المقارنة بين الثقافات سنجد أن للثقافة دور فاعل أيضا حيث توفر لنا الدراسات المقارنة التى تمت بين الثقافات المختلفة قدرا كبيرا من المادة المتعلقة بالفروق والتباينات فى سلوك ابناء كل ثقافة عن ابناء الثقافات الاخرى، وتميزهم فى نفس الوقت بصفات شائعة بينهم، على الرغم من الفروق التى لاتنكر بين ابناء الثقافة الواحدة، وهو ما برر نشأة واستخدام مصطلحات مثل الشخصية الاساسية والشخصية القومية والشخصية المنوالية. ويمكن ان ننسب الفروق بين ابناء الثقافات المختلفة الى عوامل ثقافية بالدرجة الأولى حيث ان المتغيرات البيولوجية وكذلك قوانين ومبادىء تعلم السلوك واكتسابه واحدة عند بنى البشر، ولأن التباين فى وظائفها - عندما يحدث - تباين يرجع الى تفاعلها مع السياق الثقافى.

ومع أن القوانين التى تحكم الوظيفة البيولوجية واحدة (بما تتضمنها من قوانين وراثية ووظائف للجهاز العصبى ودور للهرمونات فى انتاج السلوك)، وكذلك قوانين عمليات اكتساب السلوك، فان تفاعلها فى الاطر الثقافية المتباينة من مجتمع الى آخر يجعلنا لا نتوقع فى مجال

السلوك غير السوى ان تكون نسبة الانتشار Prevelance للامراض النفسية أو معدل الاصابة Incidence واحدا فى كل الثقافات، وهو ما أكدته تقارير الانثروبولوجيين المبكرة، وكذلك الدراسات الثقافية المقارنة. ومن هنا بدأ يتبلور ميدان أو مجال الدراسات عبر الثقافية فى الامراض النفسية. وقد تحمس العديد من الباحثين لهذا المجال حتى ان كثيرا منهم يرى ان دراسة الامراض النفسية من المنظور الثقافى المقارن يفيدنا فى فهم السلوك بصفة عامة والوقوف على الديناميات التى تكمن وراء تنظيم الشخصية داخل كل ثقافة وهى وجهة نظر صحيحة إلى حد كبير، لأنه إذا كانت الاضطرابات النفسية الوظيفية تنشأ فى ظل الضغوط الاجتماعية والثقافية، وفى ظل تحول العلاقات البينية الشخصية من ان تكون عاملا مشبعا إلى أن تكون عاملا محبطا مولدا للكدر والتوتر، وفى ظل الحرمان من الاشباع المناسب لحاجات الأمن والحب والانتماء والتقدير، وفى ظل قسوة الملابسات المحيطة باشباع الحاجات الأولية، كلها عوامل تتغير من ثقافة إلى أخرى. فان دراسة الامراض النفسية تفيد الى درجة كبيرة من المنظور الثقافى، بل أن الفهم الصحيح والدقيق لهذه الامراض يكون على الأرضية عبر الثقافية. وقد تبين للباحث فى دراسة له عن التنشئة الوالدية والأمراض النفسية حجم الدور الهائل الذى تلعبه متغيرات التنشئة الوالدية، وصورة الوالد وصورة الوالدة وصورة العلاقات الأسرية عند المريض فى نشأة المرض ونموه (كفافى، ١٩٨٩).

وقد كانت ارهاصات هذا المجال أو بدايته مع الدراسة التى قام بها مالينوفسكى فى جزر التروبرياند. وبدأ مجال الدراسات عبر الثقافية فى الامراض النفسية يتبلور حول تقييم التأثير النسبى للمتغيرات السيكولوجية والمتغيرات البيولوجية الوراثية فى سياق الثقافات المختلفة. وقد تحددت اهتمامات الباحثين فى هذا المجال حول الاجابة على بعض الاسئلة ترتبط بعلاقة الثقافة بالمرض النفسى. وقد حدد «العيسى» (Al-Issa) هذه الأسئلة فيما يلى:

- هل مفاهيم المرض النفسى وانظمة التشخيص الطب نفسية - السائدة فى أوروبا الغربية والولايات المتحدة - عالمية بمعنى انها تقبل التطبيق فى الثقافات الاخرى أو تناسبها؟

- هل معدلات الاصابة بالمرض العقلى واعراضه هى نفس المعدلات والاعراض عبر الثقافات المختلفة؟

- هل هناك اعراض أو زملات ترتبط بالثقافة، او بثقافات معينة؟

- واذا كانت هناك زملات ترتبط بثقافة معينة فهل هى نفس انماط الزملات المألوفة لدى الاطباء النفسيين فى الثقافة الغربية، ولكنها تختلف فقط فى التعبير عن نفسها، أم انها تمثل امراضا وكيانات طب نفسية مستقلة أو مختلفة؟ (Al-Issa,1982,41).

ومعظم الكتابات فى مجال الدراسات عبر الثقافية للامراض النفسية تهدف للاجابة على هذه الاسئلة، وبالتالى فان اكثر ما نعرضه فى هذه الدراسة هو ملخص لحصيلة النتائج التى انتهى اليها الباحثون فى هذا المجال للاجابة على هذه الاسئلة.

ومما يمثل نقله هامة فى بلورة هذا المجال تلك الرحلة التى قام بها إميل كريبلن (Emil Kraepelin) فى بداية القرن العشرين الى جنوب شرق آسيا لانها كانت تهدف أيضا الى تبين طبيعة العلاقة بين الثقافة والشخصية فى حال اضطرابها، وبذلك فهى من الدراسات الرائدة والمثمرة فى ميدان التأثير الثقافى على السلوك غير السوى. وربما لأن كريبلن كان طبيبا نفسيا فقد استرعى انتباهه اختلاف وتباين الاعراض المرضية فى بعض بلاد هذه المنطقة. ولكنه قرر ان المرض العقلى كما هو معروف فى الحضارة الغربية - مثل الخبل المبكر Dementia Praecox والزملة الهوسية - الاكتئابية - Manic depressive syndrome موجود فى المجتمعات غير الغربية ولكن بصورة مختلفة من حيث نسبة الانتشار

ومعدل الاصابة ومن حيث الاعراض عن مثيله فى المجتمعات الغربية. كما استرعى انتباه كريبلن وجود زملات ثقافية نوعية او خاصة وهى الزملات التى ترتبط بثقافة معينة ولم تلاحظ فى غيرها وذكر «الأموك» (Amoke)، «اللاتاه» (Latah) مما سنذكره فى موضع تال فى هذه الدراسة، ولكنه ظن ان هذه الزملات تكافىء أو تماثل امراضا عامة وشائعة فى الثقافات الغربية مما كان شائعا فى وقته مثل الهيستريا والنوبات التخشبية (الكتاتونية). ومرة اخرى لكونه طبيبا نفسيا وصاحب توجه بيولوجى يعرف ثبات القوانين البيولوجية فى انتاج السلوك فانه انتهى الى القول بعالمية الامراض النفسية وان التباين فقط يحدث فى بعض الاعراض المعبرة عن المرض، وهى وجهة نظر اثرت على عدد كبير من العاملين فى الميدان، وهى - على أية حال - مدعومة بالعديد من نتائج البحوث والدراسات.

وعلى هذا وجد فى المجال وجهتى نظر فى الامراض النفسية، احدهما تقول بعالمية الامراض النفسية وهذا القول يفترض انها جزء من الطبيعة الانسانية برغم أن هذه النظرة لا تستبعد التأثير الثقافى ولكنها تحصره فى تحديد العتبة التى تفصح عندها اعراض المرض عن نفسها. وقد يكون هذا صحيحا بصفة خاصة بالنسبة لبعض الاضطرابات التى لها اساس عضوى بيولوجى، وهى اضطرابات تشاهد فى معظم ثقافات العالم. اما وجهة النظر الاخرى فتؤكد ثقافية الامراض النفسية ولا ترى فيها شيئا عاما وعالميا وجزءا من طبيعة الانسان لا يمكن دفعه او تجنبه، وتعتمد وجهة النظر هذه على الامراض والزملات المرتبطة بالثقافة.

كذلك فان الباحثين فى مجال الدراسات عبر الثقافية للامراض النفسية قد ميزوا بين جانبين فى نشأة المرض النفسى ونموه، الجانب الأول وهو الجانب المولد للمرض Pathogenic والجانب الثانى وهو الجانب المشكل للمرض Pathoplastic. وربما كانت المتغيرات البيولوجية العضوية وكذلك التفاعلات النفسية أقرب الى الجانب المولد للمرض بينما تكون المتغيرات الثقافية الاجتماعية اقرب الى الجانب المشكل للمرض. ويكون هذا التمييز متسقا مع وجهة النظر السابقة التى تنسب للثقافة دورا فى تحديد شكل المرض أو اعراضه، وفى توقيت ظهور هذه الاعراض، ولا تتعارض مع وجهة النظر التى تربط الامراض بدرجة أكبر بثقافة المجتمع (Al-Issa,1982,4).

وبشأن العوامل المرتبطة بنشأة الأمراض النفسية فهناك مدخلان المدخل الأول وهو الذى يمكن تسميته بالمدخل الخلقى لأنه يرى هذه الامراض كنتيجة للصراع بين الغرائز التى يولد الانسان مزودا بها والمبادىء الخلقية والاجتماعية التى تحددها الثقافة. واذا استخدمنا المصطلحات الفرويدية فان الصراع يكون بين الهى والأنا الأعلى حيث يرى فرويد أن الانسان يولد فى مجتمع له ثقافته ومحرماته، وسيخبر نوعا من الصدام مع المجتمع لا فكاك منه. اما المدخل الثانى فهو المدخل التطورى الذى يمثله أفضل تمثيل (سلفانو أريتى Silvano Arieti) فالمرض النفسى لديه حركة تدهورية أو نكوصية تعود بالانسان الراشد الى الحال الطفولية. وفى الحالات الاكثر تدهورا قد ينكص حالة يفقد فيها المكتسبات الانسانية بالتدريج حتى ينتهى الى حال يكون فيها أقرب الى حال الحيوان، وهو ما يحدث فى اكثر مراحل المرض تقدما. ولذا يرى أريتى أن سلوك المريض النفسى - خاصة الفصامى - شبيه بسلوك البدائى وسلوك الطفل (Arieti, 1967, 467). ويمكن الاستنتاج بناء على هذا المدخل أن الحضارة الغربية التى تمثل قمة التطور الحضارى فى عالم اليوم هى أقل الحضارات التى يتعرض ابناؤها للامراض النفسية بينما يكون ابناء الحضارات فى المجتمعات الاخرى اكثر عرضة للاصابة بالمرض،وهو استنتاج لا تعززه نتائج الدراسات المسحية المقارنة.

ومن الفروض العاملة فى مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية فرض الاستعداد - الضغط - Diathesis

stress hypothesis وقد اصبح مقبولا من معظم العاملين فى المجال. يضع هذا الفرض صيغة تمزج بين الاستعدادات الوراثية من ناحية والضغوط البيئية من ناحية أخرى. فلكل ثقافة ضغوطها والموضوعات وحدود السلوك التى لاتتسامح فيها، وعلى كل فرد ان يواجه هذه الضغوط وان يتعامل معها وأن يتحملها. ولكن الافراد من ذوى الاستعدادات الوراثية المهيئة للاضطراب هم الاقرب الى الوقوع فى براثن المرض. وتتباين الثقافات فى قدر الضغوط التى تضعها على كاهل افرادها فى هذه وتلك (الضغط والتسامح) يجعلنا لا نتوقع ان تكون الامراض النفسية بنفس المعدل او بدرجة واحدة من الانتشار فى كل الثقافات.

كذلك فان تأثير الثقافة لم يقتصر على اسباب المرض او على اشكاله بل امتد الى اساليب العلاج المتبعة فى مواجهة هذه الامراض. والطب الشعبى يحفل بطرق ومناهج عديدة تشتق من الثقافة التى ولد هذا الطب فى احضانها. ويذكر «سوين» ان بعض قبائل الهنود الحمر يؤمنون بأن الروح تعبر عن رغباتهم اللاشعورية فى صورة احلام، وعلى هذا ينبنى العلاج على اساس الاحلام. كذلك فان طبيب الزار فى اثيوبيا يحاول ان يقنع الروح التى تتلبس المريض ويلاطفها حتى تكشف عن هويتها ويدخل فى عملية مساومة معها (سوين ١٩٧٩، ١٥٦). وفى بعض اجزاء مجتمعنا العربى هناك من يتصدى لعلاج الامراض النفسية تحت راية الدين. وقد انتشر هذا الاسلوب اعتمادا على الاتجاهات الدينية العميقة فى نفوس ابناء الثقافة العربية. وادعاء استخدام السحر وكتابة الاحجبة كعلاج للامراض النفسية ينتشر فى كثير من بقاع العالم الثالث ومنها مجتمعنا العربى أيضا.

ومن الأمثلة التى توضح أهمية الفروق بين الثقافات من حيث درجةالتطور، ومن حيث درجة تسامحها، ومن حيث حجم الضغوط التى تمارس على الأفراد حالة من يهاجر مجتمعه الأصلى إلى مجتمع آخر، أى من ثقافته الأصلية التى نشأ فيها إلى ثقافة أخرى. ومما لا شك فيه أنه كلما زادت الفروق والتباينات بين ثقافته الأصلية والثقافة الجديدة التى هاجر إليها كان التوافق أمراً ليس باليسير، حتى ليشكل الأمر أحياناً نوعاً من الصدمة الثقافية أو الحضارية لهذا المهاجر. فمع ما يفترض أحياناً من أن المهاجر يتسم بالجرأة وأن لديه روح الريادة، وما يفترض من أنه محمل بقدر من الاحباط الجأه إلى الهجرة، فإنه يشعر بشيء من الوحدة فى بداية الأمر على الأقل. وإذا لم يستطع أن يحقق درجة من التوافق داخل الثقافة الجديدة وأن يحقق له مكانة مقبولة ومعترفاً بها فإنه سيواجه شعوراً حاداً بالعزلة مما يشكل ضغطاً نفسياً شديداً عليه. علماً بأن تحقيق درجة التوافق ليست سهلة دائماً أو ليست سهلة لكل الأفراد. وتتوقف على قدرة الفرد على التغلب على الصعوبات اللغوية وعلى التوافق مع العادات وأساليب العيش فى الثقافة الجديدة، وعلى حصوله على عمل يتفق واستعداداته ومؤهلاته، ودرجة قبول أبناء الثقافة الجديدة له. ولكن من لا يستطيع أن يحقق ذلك فسيعيش كما قلنا فى عزلة ويعيش معيشة هامشية. وغالباً ما لا تطول هذه المعيشة فإنه إما أن يعود إلى مجتمعه الأصلى أو أن يواجه الموقف بالأعراض النفسية.

والخلاصة أن المنطق وراء بلورة مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية هو أن لكل ثقافة ضغوطها وازماتها، ولكن للثقافة ايضا اساليبها الملزمة احيانا والمفضلة احيانا اخرى والشائعة أو النمطية فى احيان ثالثة. وعلى الفرد ان ينتهج من هذه الاساليب ما يواجه به هذه الضغوط. وتكون نسبة المرض النفسى أو معدل الاصابة به فى المجتمع محصلة للتفاعل بين ضغوط الثقافة وأساليب مواجهة هذه الضغوط. وعندما يفشل الفرد فى مواجهة الضغوط بأساليب الثقافة الملزمة أو المفضلة أو الشائعة أو البديلة فانه يكون عرضة للاصابة بالمرض، لأنه فى هذه الحال يكون قد سلك سلوكا غريبا أو مخالفا للاساليب التى حددتها ثقافة مجتمعه. ومن هنا يأتى الخطأ

فى الحكم فى بعض الاحيان على سلوك ما بأنه غير سوى اعتمادا على معايير أو محكات ثقافة أخرى، كما فعلت روث بندكت عندما حكمت على ثقافات بكاملها على انها ثقافات عصابية اعتمادا على معايير السواء السائدة فى الثقافة الغربية (Benedict, 1953) .

ب) المشكلات المنهجية فى المجال:

أما عن المشكلات التى تعترض الباحثين فى مجال الدراسات عبر الثقافية للمرض فهى مشكلات وصعوبات حقيقية ومتحدية، وبعضها منهجى وبعضها له الطابع العملى ولكنه يؤثر على دقة النتائج. اما الصعوبات المنهجية فتنحصر أساسا فى مشكلتين هما:

١- نقص المعايير الكلينيكية التى تحدد المرض:

وابرز مظاهر هذه المشكلة ان المسميات المرضية او المصطلحات التى تشير الى الفئات التى صنفت على اساسها الاعراض والامراض كالفصام والاكتئاب والوسواس القهرى والهيستريا هى مسميات ومصطلحات نشأت فى الثقافة الغربية، وقد لايكون لها نفس المدلول فى الثقافات الاخرى لاختلاف الاعراض واكتسابها مسحة من الثقافة، وهو ما لاحظه كريبلين عندما قال بأن الامراض الشائعة فى الثقافة الغربية لها ما يقابلها من أمراض فى الثقافات الأخرى وأن كانت تحمل الطابع الثقافى لمجتمعاتها. وفى أدلة التشخيص الطب نفسية تراجع كل فترة فى المجتمعات التى وضعتها . ويتباين تشخيص الاطباء النفسيون للحالات فى المجتمع الواحد وداخل الثقافة الواحدة، فما بالنا بالتشخيص الذى يتم لحالة تنتمى لثقافة مغايرة. فاذا أجريت المقارنات بين الثقافات حول انتشار الامراض ومعدلات الاصابة باستخدام دليل ينتمى الى ثقافة معينة منها فان النتائج لا تكون دقيقة. فأدلة التشخيص إذن ليست عالمية بالمعنى الذى يوفر تصنيفا محددا للامراض فى الثقافات موضوع الدراسة يسمح بالمقارنة.

كذلك فان الاعتماد على الاحصاءات المتوفرة فى المؤسسات الطبية لايمكن الركون اليه لأن هذه الاحصاءات تعتمد على حالات الاستشفاء (الدخول الى المستشفيات) Hospitalization أو الحالات التى تقصد العيادات الخاصة Treatment أو الحالات التى تتردد على العيادات الخارجية بالمستشفيات Out - Clinic Patient. والارقام التى تظهرها هذه الاحصاءات لا تمثل فى كل مجتمع الرقم الحقيقى لمن يحتاجون الى العلاج والرعاية الطبية لان مفهوم المرض واتجاه المجتمع نحو المريض النفسى تختلف فى المجتمعات المتقدمة والغربية عنها فى معظم دول العالم النامى ومنها دولنا العربية حيث يعتبر المرض النفسى ضربا من الوصمة Stigma الاجتماعية - ربما اكثر مما هو فى المجتمعات الصناعية الغربية - يواجه بالانكار أولا . ثم باعتباره مرضا جسميا ثانيا. وعندما لا يستجيب المرض الى الشفاء يلجأ أهل المريض إلى الممارسات العلاجية السحرية أو الممارسات التى تكتسى بالطابع الدينى، ويقوم بها أفراد غير مؤهلين لمزاولة العلاج النفسى، كما يحدث ان يلجأ البعض الى العلاج خارج البلاد.

٢- مشكلة دلالة السلوك:

ان ادراك معنى السلوك ودلالته يتم على أرضية الواقع الثقافى - الاجتماعى. فالسلوك السوى ليس مطلقا وكذلك السلوك غير السوى، بمعنى أن بعض أساليب السلوك التى تعد سوية فى مجتمع قد لا تكون كذلك فى مجتمع آخر بناء على المعايير الثقافية فى كل مجتمع.

فعذرية الفتاة التى تحرص عليها الثقافات العربية والاسلامية أمر غير ذى بال فى المجتمعات الأوروبية والأمريكية، كذلك فان تقييم السلوك داخل الثقافة الواحدة يتغير مع التطور الاجتماعى والثقافى فتعليم البنت فى المجتمع العربى ظل لبداية القرن العشرين أمر مستهجن اجتماعيا ولكنه اليوم أمر عادى بل ومطلوب. ومثلها أساليب السلوك المحرمة طبقا للتعاليم الدينية والمواريث

الثقافية فى كل مجتمع. وقد قبلت المجتمعات الغربية خاصة المجتمع الامريكى - باعتباره مجتمعا سريع التغير - أساليب سلوكية كأساليب عادية كانت من قبل سلوكا شاذا غير مقبول مثل السلوك الجنسى المثلى (١). وتعكس المراجعات المتتالية لأدلة التشخيص الطب نفسية هذه الحقيقة.

كما أن دلالة السلوك تختلف من ثقافة الى أخرى «فتحمل الألم فى ثقافة ما نوع من التحدى و فى ثقافة أخرى ضرب من العبادة وفى ثالثة تعبير عن الاهانة، وفى رابعة تعكس مستوى من التطهر مما يعقد عملية المقارنة ويجعلها غير موضوعية اذا لم تؤخذ هذه الفروق فى الحسبان». (كفافى، ١٩٩٠، ١٩٤).

اما المشكلات والصعوبات ذات الطابع العملى فتنحصر فى ان المعلومات التى تتوافر لدى الباحثين عند اجراء مقارناتهم لا تعتبر دقيقة أو قاطعة - حتى بعد استخدام أدلة التصنيف والمفاهيم التى تنتمى الى ثقافة معينة، وذلك لان اختلاف اللغة حاجز هام نحو اقامة الألفة Rapport واحداث التواصل اللغوى الصحيح Accurate Verbal Communucation خاصة وأن الفهم الصحيح للأعراض يتطلب فهم لغة المريض فهما كاملا لا يتضمن فهم الالفاظ الفصيحة فقط ولكن فهم الالفاظ العامية والشائعة بين الناس، والتعبيرات والامثال التى تعود الناس ان يستخدموها ليصفوا مشاعرهم واحاسيسهم. كذلك فان اقناع الاهالى ورجال القبائل بالتعاون أمر ليس مضمونا دائما، وان يكون تعاونهم تعاونا قائما على الامانة والصراحة.

هذه الاعتبارات تفرض على الباحث ان يأخذ كل احتياطاته وان يبذل كل جهده فى ضمان الدقة، ثم يكون حذرا بعد ذلك عند اجراء المقارنات وعند تفسير نتائجه.

ونظرا لأهمية البحث الثقافى المقارن للامراض النفسية ليس فقط فى فهم السلوك غير السوى بل فى فهم السلوك السوى أيضا، فانه لا ينبغى أن تتعطل مسيرة البحث فيه بل يجب العمل على تذليل هذه الصعوبات. وقد نجحت جهود العلماء والباحثين فى ذلك. والمثال الذى يمكن ان نذكره هنا هو الدراسة الدولية الاستطلاعية للفصام The International Pilot Study of Schizo-phrenia (WHO, 1973, 1979) كذلك دراسة الاكتئاب بين ثقافات مختلفة (منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٣) فقد أوضحت هذه الدراسات أنه يمكن تنمية تشخيص عبر ثقافى قائم على اعراض عامة وشائعة للمرض يمكن على أساسه اجراء التشخيص وتحديد المرض بواسطة الاطباء المحليين فى البلاد التى تتباين فى اوضاعها الثقافية. وهذا يتطلب عقد اجتماعات ودورات تدريبية للاطباء قبل العمل لتوحد اجراءات ومعايير العمل. وقد انتهت هذه الدراسات الى نتائج لا بأس بها، وكشفت عن خطوط عامة فى علاقة الثقافة بالامراض النفسية، وان لم يكن التنبؤ تجاه المرض ومعدلات الشفاء متساويا فى المراكز المختلفة التى تمت فيها هذه الدراسات. وعلى أية حال فإن اجراءات الدراسات عبر الثقافية كما تقول «فابريجا» (Fabrega) يحتاج إلى دراسة الثقافات دراسة تحليلية وفهم الجانب السيمانتى فيها، اى الجوانب الخاصة بدلالة الالفاظ والمفاهيم والأعراض، لأن هذه الدراسة شرط اساسى للاعتماد على الدراسات عبر الثقافية للامراض النفسية والاستفادة منها (Fabrega, 1982, 380) .

رابعا: الثقافة وبعض الفئات التشخيصية:

وفى هذا القسم من الدراسة نقدم أمثلة على ما سبق ان ذكرنا من أثر الثقافة على نشأة الامراض النفسية ونموها. وسنتحدث فيه عن علاقة الثقافة بالفصام والاكتئاب باعتبارها اكثر الفئات التشخيصية التى جذبت انتباه الباحثين من علماء نفس الشواذ والاطباء النفسيين على السواء.

أ) الفصام:

الفصام من أكثر مشكلات الطب النفسى وعلم نفس الشواذ صعوبة، وذلك للمشكلات الاساسية التى لم يتفق

عليها العلماء والباحثون والتى تمس تعريف الفصام نفسه وتحديد الظواهر التى يشير اليها المفهوم. ويرى أريتى (Arieti, 1967, 502) ان الفصام من اكثر امراض العصر تفشيا وانتشارا، وفى نفس الوقت من اكثرها تعرضا للاهمال من جانب الاطباء بما لا يتناسب مع نسبة انتشاره. وقد اختلف العلماء فى تحديد ماهية الفصام، هل هو مرض واحد وله اعراض متعددة؟ أم انه مجموعة امراض لايجمع بينها رابطة ومن التعسف محاولة جمعها معا فى مرض واحد يحمل اسما واحدا. وربما كان اتساع رقعة اعراض الفصام وشمولها جوانب الشخصية كلها تقريبا وتعدد الوظائف التى يصيبها العطب فى هذا المرض هو الذى يثير حوله هذا النقاش. وهو الذى يجعل للثقافة تأثيرات على نشأته ونموه. فالفصام له اعراضه فى مجال التفكير وفى مجال الوجدان وفى مجال الارادة وفى مجال الادراك اضافة الى الاعراض التى تصيب الجسم ممثلة فى الاعراض الكتاتونية Catatonic.

وقد أورد ميرفى (Murphy, 1982, 237) جدولا لخص فيه انطباعات أربعون من الأطباء النفسيين فى سبع وعشرين بلدا وكانوا من المهتمين بالدراسات عبر الثقافية فى الامراض النفسية عموما وفى الفصام بصفة خاصة وعملوا فى اكثر من مجتمع. وقد سئلوا ان يقارنوا بين اعراض الفصام فى ثقافتين أو اكثر. وسنعرض لهذا الجدول لأنه يمثل حصيلة جيدة للفروق فى اعراض الفصام فى عدد من الثقافات (جدول رقم ١).

جدول رقم (١)

الارتباطات الانطباعية بين الاعراض الفصامية والمجموعات الثقافية

ملامح الفصام	الارتباطات الثقافية الاجتماعية	مستوى الدلالة
النمط البارانى	معظم التكرار فى الطبقات الوسطى.	٠,٠٥
	أقل تكرار فى التجمعات الريفية	٠,٠٥
النمط الكتاتونى	معظم التكرار عند الامريكيين من أصل أوربى.	٠,٠٥
النمط الهيبفرينى	معظم التكرار عند اليابانيين وسكان أوكينارا	٠,٠٥
النمط البسيط	معظم التكرار عند الأسيويين.	٠,٠٥
أخاييل بصرية	معظم التكرار فى افريقيا والشرق الأدنى.	٠,٠٥
	أقل تكرار عند الأمريكيين المصريين من أصل أوربى.	٠,٠١
أخاييل لمسية	معظم التكرار عند الافريقيين والشرق الادنى.	٠,٠١
هذاءات العظمة	معظم التكرار فى التجمعات الريفية.	٠,٠٠١
هذاءات التدمير	معظم التكرار فى التجمعات المسيحية.	٠,٠١
هذاءات الدين	معظم التكرار فى التجمعات المسيحية.	٠,٠١
	أقل تكرار عند البوذيين والهندوس واتباع ديانة الشنتو (ديانة اليابان).	٠,٠١
هذاءات الغيرة	معظم التكرارات فى التجمعات الأسيوية.	٠,٠٥

اختلال الانية تسطح الوجدان	أقل التكرارات فى التجمعات الريفية. معظم التكرارات عند اليابانيين وسكان اوكيناوا. تكرار عال عند الامريكيين الجنوبيين .	٠,٠١ ٠,٠١ ٠,٠٥
الانسحاب الاجتماعى الخلفة negativism التهيج	معظم التكرار عند اليابانيين وسكان اوكيناوا. معظم التكرار فى الهند وأمريكا الجنوبية. معظم التكرار فى أفريقيا وأمريكا الجنوبية. أقل تكرار فى الثقافات الانجلوسكسونية.	٠,٠١ ٠,٠١ ٠,٠٥ ٠,٠٥
السلوك المنمط	معظم التكرارات عند الهنود الشرقيين. أقل التكرارات عند الأمريكيين من أصل أوربى.	٠,٠٥ ٠,٠٠١
التصلب الكتاتونى سلوك الانتحار التفجرات المزاجية	معظم التكرار عند الهنود الشرقيين. معظم التكرارات عند اليابانيين. معظم التكرارات عند التجمعات المسيحية	٠,٠١ ٠,٠٠١ ٠,٠٥

from: Murphy, H.B.M. Culture and Schisophrenia, 1982. 237.

ومما يلاحظ من نتائج هذا الجدول تأثير البيئة فى شكل الأعراض فقد تبين أن الاعراض البارانية خاصة هذاءات الاشـــارة أو الايماء Delusions of refernces اكثرانتشارا بين المرضى الحضريين عنه بين المرضى من سكان المناطق الريفية. ومن التفسيرات التى تقال فى هذا الصدد تفسير ميرفى والذى يذهب الى ان المرضى الحضريين يعيشون فى مجتمع (الى حد ما) من صنع الانسان Man made world حيث يكون كل شىء متوقعا، وان يكون له سببا محددا أو مقنعا، ومن هنا فان المرضى يبحثون عن سبب لخبراتهم غير العادية أو الشاذة خلال الهذاءات، بينما يكون المرضى الريفيون أكثر الفة باحداث ليست من صنعهم ولا يعلمون عن اسبابها شيئا مثل تقلبات الجو المفاجئة والأوبئة التى تصيب المحاصيل والقوى الطبيعية، ومن هنا فانهم لا يكونون مضطرين للبحث عن اسباب أو عوامل تفسر كل خبرة تمر بهم (Murphy, 1982,38).

ومن المعلومات التى تشير اليها نتائج الدراسات عبر الثقافية تأثر محتوى الهذاءات بالثقافة التى يعيش فى ظلها المريض، حتى ان محتوى الهذاء يتغير بتغير الثقافة. فقد وجد عند المرضى من سكان أمريكا الجنوبية من اصل هندى ان انتقالهم الى المدن أدى الى حدوث هذاءات موجات الراديو واللاسلكى والشرطة السرية، وقد حلت هذه الهذاءات محل الهذاءات التقليدية حول القديسيين والسحرة والارواح الشريرة.

ويقول ميرفى انه من الأمور الملفتة للنظر عودة الهذاءات حول تملك الارواح فى اليابان عقب نهاية الحرب العالمية الثانية بعد تضاؤل قوى الامبراطورية وبعد ان توقفت عن ان تكون بؤرة مشبعة للمعتقد الدينى (Murphy, 1982,239).

ويحتمل ان تكون السيادة النسبية لاعراض اختلال الانية depersonalisation بين المرضى الانجلو سكسون ناتجة عن واقع مستوياتهم التعليمية المرتفعة حيث تجعلهم

اكثر قدرة وقابلية لان يحددوا أحاسيسهم الدقيقة وان يتوصلوا معها نسبيا، بينما ترتبط سيادة الاخاييل اللمسية والبصرية بين المرضى الافارقة بالقدر القليل نسبيا الذى تلعبه الكلمات فى حياة هؤلاء الناس غير المتعلمين.

ويمكن ان نشير هنا الى دراسة ابرزت الاعراض الاساسية التى تميز الفصاميين فى ثلاثة مجتمعات هى المجتمع الانجليزى والمجتمع الامريكى والمجتمع المصرى. وقد اعتمد الباحث (Mahmoud, 1977) فى هذه الدراسة على استفتاء يحتوى على مجموعة من الاعراض تميز الفصاميين. وقد عرضت هذه الاعراض مرتبة ابجديا على بعض الاطباء النفسيين فى انجلترا أولا ثم فى الولايات المتحدة الامريكية. وقد طلب من المستجيبين ترتيب هذه الاعراض حسب أهميتها ودلالتها فى التشخيص من واقع خبراتهم العملية. وقد عرض الباحث المصرى الاستفتاء على مجموعة من الاطباء المصريين المؤهلين فى الطب النفسى ومن اصحاب الخبرة فى مجال تشخيص وعلاج الامراض النفسية. واصبح لدى الباحث ترتيبا مصريا بجانب الترتيبين الانجليزى والامريكى، وقارن بينهم ووجد اختلافات جوهرية فى الترتيب بالنسبة لبعض الاعراض، كما طلب الباحث من المستجيبين ان يثبتوا أية اعراض يرونها مهمة ولها دلالة تشخيصية من غير الاعراض المذكورة فى الاستفتاء. وفى الجدول رقم (٢) الاعراض مرتبة حسب قيمتها التشخيصية فى المجموعات الثلاث.

وقد أظهر هذا البحث المقارن ان هناك أعراضا أساسية فى تشخيص الفصام لاتتأثر بالفروق الثقافية والبيئية مثل

عدم التناسب العاطفى واضطراب شكل الفكر الذين احتلا المرتبتين الأولى والثانية فى الترتيبين المصرى والانجليزى وكذلك احتباس الفكر والهذاءات اللغوية الذين كانا ضمن العشرة أعراض الأولى فى العينات الثلاث، كما كانت اعراض القلق والاكتئاب والابتهاج أقل الاعراض قيمة فى المجموعات الثلاث، وبصفة عامة فقد كان الترتيب المصرى اقرب الى الترتيب الانجليزى منه الى الترتيب الأمريكى وربما كان من أسباب ذلك قرب الثقافة المصرية من الثقافة الانجليزية فيما يتعلق بالتعليم والتدريب فى مجال الطب النفسى.

جدول رقم (١)

الارتباطات الانطباعية بين الاعراض الفصامية والمجموعات الثقافية

ترتيب العرض	العينة المصرية		العينة الانجليزية	العينة الأمريكية
١	عدم التناسب العاطفى	Incongruity of affect.	اضطراب شكل الفكر.	اضطراب شكل الفكر
٢	اضطراب شكل الفكر.	Thought disorder (formal)	عدم التناسب العاطفى.	الهذاءات .
٣	احتباس الفكر.	Thought block.	اللغة الخاصة.	الهذاءات البارانية.
٤	انسحاب الفكر.	Thought withdrawal.	احتباس الفكر.	عدم التناسب العاطفى
٥	اللاترابط	Incoherence.	مشاعر السلبية.	الأخاييل
٦	مشاعر السلبية (الوقوع تحت التأثير الخارجى)	Passivity feelings.	البارانية.	الايمائية.
٧	اللغة الخاصة (التى يستحدثها ويستخدمها الفصامى)	Neologism.	النمطية.	اللغة الخاصة.
٨	البلادة.	Apathy.	الهذاءات.	اختلال الانية.
٩	الأخاييل.	Hallucinations.	انسحاب الفكر.	اللزمات (الحركية واللغوية).
١٠	الهذاءات.	Delusions.	افكار الإيماءات.	احتباس الفكر.
١١	نقص الارادة	Lack of volition.	اللزمات	اللاترابط
١٢	نقص الالفة والتواصل	Lack of rapport.	الأخاييل	المزاج الهوائى
١٣	افكار الايماءات	Ideas of reference.	نقص الالفة والتواصل	النمطية

ترتيب العرض	العينة المصرية		العينة الانجليزية	العينة الأمريكية
١٤	الهذاءات البارانية	Paranoid delusions.	الطاعة الآلية	الارتياب
١٥	المزاج الهذائى	Delusional mood.	الحديث بعيد عن الموضوع	انسحاب الفكر
١٦	جدب الفكر	Poverty of thought.	اللاترابط	البلادة
١٧	النمطية	Sterotypy.	جدب الفكر	نقص الألفة والتواصل
١٨	الطاعة الآلية	Automatic obedience.	المزاج الهذائى	جدب الفكر
١٩	عادات مميزة (الحركية واللغوية)	Mannerisms.	نقص الارادة	الذهول
٢٠	السلوك الاندفاعى	Impulsive behavior.	الربكة	الطاعة الآلية
٢١	الحديث بعيدا عن الموضوع	Talking past the point.	الارتياب	نقص الارادة
٢٢	ضغط الفكر	Pressure of thought.	السلوك الاندفاعى	الربكة
٢٣	اختلال الآنية .	Depersonalisation.	الفتور	السلوك الاندفاعى
٢٤	الارتياب	Suspiciousness.	الذهول	الاثارة
٢٥	الفتور	Coldness.	اختلال الآنية	القلق
٢٦	الاثارة	Excitment.	ضغط الفكر	ضغط الفكر
٢٧	الذهول	Stupor.	الاثارة	الحديث بعيدا عن الموضوع
٢٨	القلق	Anxiety.	الابتهاج	الابتهاج
٢٩	الابتهاج.	Elation.	القلق	الاكتئاب

أما الأعراض التى أضافها الأطباء المصريون ولم تكن موجودة بالاستفتاء فقد كانت ايضا من الاعراض كثيرة التكرار عند مرضى الفصام، ولهذه الاعراض أهمية خاصة حيث انها تتعلق بصورة المرض فى البيئة المصرية. وهذه الاعراض هى:

- التناقض الوجدانى. Ambivalence
- الانسحاب الاجتماعى. Social Withdrawal
- السلوك الغريب. Bizarre Behavior
- توهم المرض الشاذ. Bizarre Hypochondraisis
- السلوك النكوصى. Regressive Behavior
- التفكير الاجترارى. Autism.
- تدهور الشخصية. Deterioration of Personality
- التقلب الانفعالى. Emotional Lability
- التردد. Hesitancy
- السلوك السيكوباتى. Psychopathic Behavior
- التدين الشاذ. Abnormal Religiosity
- اذاعة الأفكار. Thought Broadeasting
- اقحام الفكر. Thought Insertion
- التشخص. Personalization

ورغم الضعف والعيوب التى تشوب المقارنات التى تحدث بين المجتمعات لتوضيح أثر الثقافة على المرض فان ميرفى يستخلص مجموعة من العوامل الثقافية يرى أنها تؤثر فى مسيرة مرضى الفصام وهى:

- **الرفض الاجتماعى**: كلما زاد رفض المجتمع وتخويفه للفصامى زادت صعوبة نجاح المريض فى استعادة الادوار السوية.

- جمود أفكار الدور: بقدر ما يحدد المجتمع ويضيق مواصفات وخصائص الفرد الصالح زاد احتمال ان يعود الفصامى ويرتد الى المرض بعد ان يجد أنه قد انحرف عن هذه الافكار.

- تحديد المسئولية: كلما زاد توقع الفصامى بأنه سيحاسب على سلوكه المضطرب زاد احتمال ارتداده عندما يواجه بالمطالب التى تترتب على هذا السلوك.

اختبار الواقع: كلما زاد غموض الثقافة فى الفصل بين ما هو واقعى وما هو غير واقعى من السلوك زاد هذا من سهولة اندماج الفصامى - الذى تضررت لديه وظيفة اختبار الواقع - مع الجماهير.

- نمط دور المريض: بقدر ما يعتقد المجتمع ان الجنون Insanity أمر مزمن قلل من ذلك من فرص نجاح جهود الفصامى فى كسر دور المريض بعد دخوله فيه، حتى ولو كان هناك درجة عالية من التحمل والتدعيم لدور المريض.

- قبول الاعتمادية: كلما زاد تقبل الثقافة لفكرة الاعتمادية زاد رضى الفصامى عن بقائه فى دور المريض معتبرا ان المؤسسات العلاجية مؤسسات خيرية وان الواقع الخارجى اكثر قسوة.

- شبكة العلاقات الاجتماعية: كلما زادت علاقات الناس تشابكا فى المجتمع ساعد ذلك الفصامى فى ان يقاوم الارتداد الى المرض، مفترضا انه قد يستطيع ان يحتفظ لنفسه بمكان فى المجتمع (Murphy, 1982,244 - 245)

ب) الاكتئاب:

خبرة الاكتئاب خبرة عامة تحدث لجميع الناس، وفى هذه الحال هى أقرب الى الظاهرة السوية حيث يشعر كل الناس من وقت لآخر بحال من الكآبة والضيق. فالشعور بالاكتئاب يختلف عن مرض الاكتئاب الذى اطلق عليه ابو قراط تسمية «السوداء» (Melancholia) . والذى اسماه كريبلين فى تصنيفه عام ١٨٩٩ الجنون الاكتئابى - الهوسى Manic- depressive insanity . ويمكن ان يكون الاكتئاب عارضا بسبب الوحدة أو الغربة أو الخسارة، وقد يكون بسبب احدى حالات المرض الجسمى.

ويختلف الناس فى قدرتهم على تحمل الاحباطات والتعامل معها وعلى التعامل مع الاوضاع والظروف غير المواتية وغير الحسنة والتى تولد ضغوطا. وكانت بعض الثقافات البدائية تعزو الاكتئاب الى قوى خارقة للطبيعة أو على أنها (اغواء من الشيطان).

وهناك ثقافات لايوجد فى لغتها ما يشير الى معنى الاكتئاب ومفهومه مثل ثقافة بورنيو وماليزيا والعديد من الثقافات الافريقية والهنود الامريكيين. وقد يتم التعبير عن الاكتئاب باعراض جسمية، بينما يكون التعبير عنها معرفيا عند حده الأدنى أو يكاد يكون معدوما. (Eng- lesmann, 1982, 251)

وتشير نتائج البحوث منذ مدة طويلة وقبل تبلور مجال الدراسات عبر الثقافية للامراض النفسية الى ما يؤكد علاقة الثقافة بالمرض مثل انخفاض حالات الاكتئاب فى الثقافات غير الغربية، وانخفاض الشعور بالذنب فى حالات الاكتئاب فى بعض الثقافات الشرقية.

وقد قيس الاكتئاب بمقاييس أحادية البعد Uni- dimensional Scales كما قيس بمقاييس متعددة الأبعاد Multidimensional Scales وتبين من نتائج هذه القياسات أن السود فى الولايات المتحدة يحصلون على درجات أعلى من البيض، فى مقاييس الاكتئاب ولا يعود هذا الفرق إلى اسباب بيولوجية بل إلى عوامل ثقافية. كما أظهر النيجيريون أيضا - عند المقارنة بالانجليز - مزاجا مكتئبا واعراضا جسمية وتأخرا حركيا، ولم يظهر عليهم احاسيس الذنب أو الأفكار الانتحارية. كما عانى المرضى اليابانيون من اكتئاب القلق والشكاوى الجسمية والاسقاط البارانى والتأخير الحركى اكثر من نظرائهم الأوربيين. (Englesman, 1982, 258).

وكـمـا فى حـالة الأمـراض الاخـرى فـانه فى ظل اختلاف نظم التصنيف للاكتئاب وفى ظل تغير محكات التشخيص عبر مسيرة الزمن فان البيانات الخاصة بانتشارية المرض يكون من الصعب الاعتماد عليها فى المقارنة. ومن الأمور التى تعكس اختلاف هذه النظم وبالتالى صعوبة المقارنات ان الاطباء النفسيين الانجليز أو الذين تدربوا فى انجلترا يشخصون الاضطرابات الوجدانية اكثر من الاطباء الامريكيين او الذين تدربوا فى الولايات المتحدة.

وتقدم النتائج ما يفيد ان النساء يحصلن على درجات اعلى من الرجال فى مقاييس الاكتئاب العصابى والاكتئاب أحادى القطب، ولكنه فى الاكتئاب ثنائى القطب يتساوى الجنسان. كما أوضح «باجلى» (Bagley) ان الاكتئاب اكثر حدوثا بين الاشخاص من شاغلى المراكز والوظائف العليا. وقد فسر «باجلى» هذا بأن النضال من اجل النجاح والمركز يرتبط بالضغط الذى يمكن ان يؤدى الى الاكتئاب.

والسلوك الانتحارى أيضا يدرك باعتباره علامة أو دليلا على الاكتئاب وان كانت البيانات الخاصة بهذا الجانب ليست واضحة أو دقيقة وعادة ما يشخص الاكتئاب كاجراء رجعى فى معظم حالات الانتحار، أى أن الاكتئاب لم يكتشف أو لم يشخص قبل محاولة الانتحار بل بعدها.

وكان يظن أن الاكتئاب اقل فى المجتمعات غير الغربية كالمجتمعات الافريقية، ولكن البحوث الاحدث لم تؤكد هذه النتيجة بل انها كشفت عن أمر هام وهو ان الاكتئاب فى المجتمعات الافريقية ليس أقل مما هو فى المجتمعات الغربية ولكنه مغطى باعراض جسمية واعراض خلطية (Confusional Sympotoms). وقد اوضح ليتون (Leighton) فى دراستين مسحيتين فى كندا ونيجيريا استخدمتا نفس الاجراءات ان معدلات الاصابة فى نيجيريا تبلغ أربعة اضعاف معدلها فى كندا.

وقد كشفت الدراسات بشكل واضح ان التعبير عن الاكتئاب فى الثقافات غير الغربية يتم من خلال الشكاوى الجسمية، ويسمى هذا النوع من الاكتئاب بالاكتئاب المقنع Masked depression بينما يعبر المرضى الاوروبيون عن اكتئابهم بالشكاوى النفسية. ويتم التعبير عن المرضى بالشكاوى النفسية بدرجة اكبر كلما قربت الثقافة من النموذج الغربى.

كما تشير التقارير بصفة عامة ان معدلات الاصابة بالاكتئاب فى ازدياد فى المجتمعات الافريقية بحيث كادت تماثل المجتمعات الاوروبية فى معدلات الاصابة وفى نمط الاعراض.

ويذكر انجلزمان بعض الفروض حول نشأة الاكتئاب ونموه مما ينتمى أو يرتبط بالعوامل الثقافية منها (Eng-lesmann, 1982, 266- 268)

- التحليل النفسى:

ترجع نظرية التحليل الميول الاكتئابية الى تثبيت الطاقة اللبيدية فى الطور الثانى من المرحلة الفمية. ويعود هذا التثبيت الى اخطاء فى التربية كالتشدد والاجراءات القاسية التى توقف نمو الأنا. وهو ما يجعل الاكتئاب نادرا فى المجتمعات البدائية حيث تتسم الثقافات بالتسامح نحو الطفل فى هذه الفترة. لان بذرة الذهان الاكتئابى توضع فى هذه السن فى ظل التربية الخشنة. وتنحسر اعداد المكتئبين فى المجتمعات التى تتجه اساليب التربية فيها الى التسامح.

اللغة:

اللغة اداة التواصل والتعبير. وتختلف اللغات من حيث مفرداتها وتركيباتها فى القدرة على التعبير عن المشاعر بدرجاتها وظلالها. بل ان بعض اللغات تتضمن لفظة واحدة تعبر عن اكثر من حال وجدانية، خاصة اللغات البدائية والتى يتكلمها اقوام على قدر متواضع من التعليم. وقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك نقصا فى التعبير

المميز للحالات الوجدانية عند الامريكيين السود قياسا بالبيض. فعلى الرغم من انهم يتحدثون الانجليزية الا انهم لا يستخدمون كل القدرات والامكانات التعبيرية الموجودة فى اللغة بنفس الطريقة كما يفعل البيض.

بنية الأسرة:

ان الأسرة الممتدة (٢) توفر مصادر اضافية للأمن لأن الطفل يجد فى ظلها صورا والديه متعددة وبالتالى لا يكون لغياب الأب أو الأم لفترات طويلة أو فقدان أيهما نفس التأثير الصادم الذى يحدث فى الأسر النووية (٣)

وغالبا ما يحظى الطفل فى ظل الأسر الممتدة بقدر اكبر من التسامحية والتساهل والرفقة مع أطفال من الاقران. ومن هنا يفترض العلماء على نطاق واسع ان الاكتئاب يحدث بين ابناء الاسر الممتدة بتكرار اقل مما يحدث بين ابناء الأسر النووية.

- الثكل:

يميز العلماء بين الحزن Grief والحداد Mourning. وينظر الى الحداد باعتباره سلوكا عرفيا تقليديا يتحدد بعادات المجتمع، اما الحزن فهو استجابة سيكولوجية بيولوجية. ويمكن لطقوس الحداد والتعبير عن الحزن فى اطار الحداد أن تخفض من احتمال الاصابة بالاكتئاب، خاصة اذا ما ارتبط هذا مع الدعم الاجتماعى وتبنى ادوار اجتماعية جديدة.

خامسا: الزملات المرضية المرتبطة بالثقافة:

وربما كانت أكثر المظاهر التى تعكس تأثير الثقافة على الامراض النفسية هى تلك الزملات المرتبطة بالثقافة Culture Bound Syndromes أى الزملات النوعية التى ترتبط بثقافة معينة وغالبا ما لا توجد فى ثقافة أخرى. ويكون لعوامل الثقافة دور حاسم فى نشأتها ونموها وفى تفسير الناس لها وفى كيفية معالجتها.

ولما تأكد للعلماء وجود مثل هذه الزملات الخاصة أو النوعية من خلال تقارير ودراسات الانثروبولوجيين، ثم من الدراسات عبر الثقافية التى شملت المجتمعات البدائية والمنعزلة حاول بعض العلماء والباحثين والاطباء النفسيين مقابلة هذه الزملات مع الامراض والكيانات التشخيصية الواردة فى أدلة التشخيص الطب نفسية المعروفة كالدليل الامريكى للاضطرابات العقلية (D S M) أو التصديف الدولى للامراض الذى تصدره منظمة الصحة العالمية (ICD) وكانت هذه المحاولات تهدف الى تسكين هذه الزملات ضمن النسق التصنيفى التشخيصى الغربى أو العالمى. ولكن هذه المحاولات باءت بالفشل لأن كل من هذه الزملات النوعية والامراض الواردة فى أدلة التشخيص قد ادرك على أرضية نظرية مختلفة ووصف بطريقة مختلفة أيضا ورتب على نحو مخالف لترتيب الآخر.

ومع ذلك فقد حاول بعض العلماء أن يجرى المقابلة ويوجد أوجه التشابه بين الزملات المرتبطة بالثقافة والتصنيفات التشخيصية مثل كريبلين الذى حاول ان يطابق بين زملات مثل الاموك Amoke واللاتاه Latah وبين النوبات الهيستيرية والنوبات الكتاتونية. ولكن هذه المحاولات تكاد تتغافل عن أثر الثقافة وتسطح أو تبسط ديناميات المرض على نحو لا يفيدنا فى فهمه. فمن يقف على تعريف جنون القتل أو الاموك (٤) يجد أنه يختلف عن الهيستيريا اختلافا بينا فى درجة الاضطراب و فى السلوك الذى يفصح عن عمق الاضطراب. واذا كان جنون القتل أو الاموك يرتبط بالدرجة الأولى بسلوك الرجال فى هذه الثقافات فان الاعراض الهستيرية فى الحضارة الغربية وفى غيرها ترتبط بدرجة اكبر بالاناث. كذلك فان هناك بعض التشابه بين اللاتاه أو الترعس Latah والأعراض الكتاتونية (٥)يتمثل فى الرغبة فى التقليد بدون وعى أو تفكير وكذلك السلوك النمطى، ولكن من يقرأ تعريفات كل من النوعين من الاعراض فى المعاجم يدرك أوجه الاختلاف بينهما (٦) علما بأن اللاتاه تحدث عقب نوبة فزع وتحدث للسيدات غير المتعلمات بالدرجة

الأولى. وهكذا فان الزملات الثقافية لا تندمج بسهولة مع التصنيفات الدولية للأمراض إلا بشيء من التشويه والتكلف.

الثقافة كعامل مولد للمرض:

لكل ثقافة مناطق أو مجالات أو نقاط ضغط، وهى الموضوعات التى تشكل مطالب على الافراد ان يفوا بها، أو صراعات عليهم ان يواجهوها، أو اعباء عليهم أن يتحملوها. ومجالات الضغط هذه قد تكمن فى بناء الأسرة وعاداتها وتقاليدها ونظمها، وقد تكون فى النظام الطبقى فى المجتمع. فأحيانا ما يصادر الآباء حق الابناء فى اتخاذ القرارات الخاصة بهم كالزواج والعمل، وتفرض التقاليد اساليب سلوكية قد لاتناسب بعض الافراد.

ويرى العلماء من اصحاب التوجه التحليلى ان نمط العلاقات فى الأسرة والمعروف بالعقدة الاوديبية يمثل ضغطا فى حالات كثيرة فى النظام الأبوى (البطريركى) فى الاسرة حيث تكون السلطة الوالدية للأب قوية، وقد ينتج عنها بعض الزملات الخاصة كما يقول بفيفرPfeiffer زملة فقدان السائل المنوى Sperm lost فى الهند والكورو Koro فى الصين بعكس ما يحدث فى الاسرة الامومية (الماتركية). وحيث لايكون للاب سلطة أو يكون غائبا غيابا ماديا أو معنويا لايكون للعقدة الاوديبية دور بارز أو يكون مفقودا تماما. وقد تتجه المشاعر السلبية للابن نحو احد اقارب الأم مثلما حدث فى دراسة مالينوفسكى عن جزر التروبرياند حيث اتجهت كراهية الابن نحو الام ونحو الخال. ويذكر بفيفر انه وجد علاقات أسرية شبيهة بهذه عند سكان سومطرا (Pfeiffer, 1982, 209 - 211).

واحيانا ما يتمثل الوضع الضاغط فى الظروف البيئية القاسية والظروف التى يكون على الفرد فيها ان يكافح ليكسب قوت يومه. ومن الزملات الشهيرة والتى ترتبط بالظروف البيئية القاسية التى يعانيها الناس فى تحصيل معاشهم ما يسمى «قلق كياك» (Kyak angst) عند الاسكيمو. ففى جريللند الغربية يخرج الاسكيمو ويبحرون بعيدا فى البحر عند جزر الكياك فى قوارب صغيرة يسع القارب فردا واحدا لصيد عجل البحر. ويجلسون بالساعات الطويلة فى انتظار ان يظهر الحيوان على سطح الماء. وفى هذه الجلسة الطويلة المملة، وفى ظل حالة تتسم بالقلق والخوف والاجهاد الجسمى والنعس قد يصاب الفرد بنوبة من الدوار أو الدوخة ويشعر بالذهول وقد يفقد وعيه. وفى كل الحالات يشعر الفرد بالألم الحاد واللوعة ويصبح فاقد الحيلة عاجزا عن عمل اى شئ ويحتاج إلى من يرافقه حتى يعود به الى البر وقد يتخذ الاضطراب مسارا متقدما وتزداد حالة الفرد سوءا. ويبدو أن هذه الزملة مرتبطة بهذه الظروف من العمل وقد لاتوجد فى ثقافة اخرى. وقد اخذت تقل مع تحول الاسكيمو عن هذا النوع من الصيد، وكأن الزملة مرتبطة ليس بثقافة معينة فقط بل وبموقف معين ايضا.

والعلماء الذين يميلون الى مقابلة الزملات المرتبطة بالثقافة بالامراض التى تمثل الفئات التشخيصية السيكاترية يرون فى قلق الكياك عرضا خوافيا أو رهابيا Phobia يرتبط بالحرمان الحسى والخوف والاجهاد مما يؤدى إلى اضطراب التوجه المكانى والى اختلال فى عمليات الانتباه والتيقظ ويشبهونه بخواف المرتفعات Acrophobia.

الثقافة كعامل مشكل للسلوك

ولاتتضمن الثقافة عوامل الضغط المولدة للاضطراب والمرض فقط ولكنها تتضمن ايضا اساليب السلوك التى على الافراد ان يتبعونها فى هذه المواقف. ويدخل فى هذا الباب مراسيم واجراءات الحداد وانظمة المواساة والعزاء، حيث تساعد الفرد الذى يعانى من الفقدان أو من وفاة القريب على تحمل ألآم الفراق وتقبل الاوضاع الجديدة التى تلى أو تترتب على الوفاة.

وتتيح الثقافة احيانا مواقف تتسامح فيها مع الافراد او تسمح لهم بمزاولة او ممارسة اعمال لاتسمح لهم بها

بصفة عامة. وحتى فى الثقافات الغربية احيانا ما تقام احتفالات كرنفالية فى المناسبات الاجتماعية أو الدينية يسمح للفرد فيها ان ينغمس فى الشراب وان يتاح له قدر من الحرية فى التمرد أو العصيان أو فى ممارسة الجنس. وبذلك فان الثقافة تجدول الصراع المثقل بحاجات الافراد، وبذلك تحافظ الثقافة على الصحة العقلية الحيوية لافرادها باتاحة هذه المتنفسات.

كما ان الثقافة تعمل على ترقية وتعزيز انواع معينة من السلوك وعلى قمع انواع اخرى حسب ظروف الافراد او المواقف. واتساقا مع وظيفة الثقافة فى التنفيس تجيز الثقافة احيانا - وفى مواقف معينة كما ذكرنا - اساليب سلوكية بشكل استثنائى لانها تؤدى وظيفة فى تفريغ الطاقات والشحنات الانفعالية مثلما يذكره بفيفر من «ان الاهالى فى صحراء استراليا الغربية قد طقسوا صورا من الصراع بين الجماعة. وبينما تكون هناك مساومة بين ذكرين معينين فانهما يشجعان من قبل مجموعة من المشاهدين يتحلقون حولهما على ان يتبارزان. ويقوم المتصارعان بالمبارزة ويطعن كل منهما الآخر بالرمح فى فخذه كما تحدث مبارزة مماثلة ايضا بين النساء حيث تضرب كل واحدة الاخرى على رأسها بالعصا (Pfeiffer, 1982, 206) وهو ينطبق عليه وصف لنتون بأنه «نمط سلوكى سيء موافق عليه (Approved Pattern of mis-conduct) .

الثقافة كعامل انتقائى للسلوك:

تعمل الثقافة كما قلنا على ترقية أنواع معينة من السلوك وتقمع اساليب أخرى وهو ما يجعل الثقافة وكأنها تحدد الأساليب السلوكية لافرادها فى مواجهة المواقف المختلفة. فاختلاف الافراد الذين ينتمون الى ثقافات مختلفة فى سلوكهم ازاء الموقف الواحد يعكس وطأة الآثار الثقافية فى تشكيل شخصيات الافراد. وقد قارن أحد الباحثين بين الجنود البريطانيين والجنود الهنود المشاركين فى المعارك فى بورما فى الحرب العالمية الثانية (1943-1945) . فقد ظهرت الاختلالات فى ردود الأفعال النفسية بين الجنود فى كلا الثقافتين بدرجة متساوية تقريبا من التكرار، ولكن الاعراض اختلفت بشكل أساسى بين البريطانيين الذين سادت بينهم افصاحات القلق التى وجد الجنود أنه من السهل عليهم ان يتحدثوا عنها. اما بالنسبة للهنود فقد كان من الصعب طبقا لتوجهات الدور التقليدية لديهم ان يعبروا عن الوان قلقهم على نحو لفظى، وبدلا من ذلك فانهم عبروا عن هذا القلق وعن رغبتهم فى الهرب من خلال اعراض لها الشكل الهستيرى، وهو الشيء الذى لم يحدث بين الجنودالبريطانيين (Pfeiffer, 1982, 207)

وتشهد الثقافات الغربية تراجعا كبيرا للاعراض الهستيرية والحالات الشبيهة التى تعتمد على تغير درجة الوعى عند الفرد. ولكنها لازالت ماثلة فى كثير من المجتمعات ومنها المجتمعات العربية، كما تشيع هذه الاعراض بين العمال الاجانب فى المجتمعات الأوربية. وتعمد بعض الثقافات الى تعليم ابنائها ان يضعوا انفسهم اراديا فى حالة غياب عن الوعى ويرون فى ذلك خدمة للفرد وخدمة للجماعة.

وترتبط بعض الزملات بالنوع. فالاموك ترتبط بالذكور بينما ترتبط اللاتاه بالاناث. وللاتاه صورتان: الصورة الشائعة وهى التى تعتمد على التقليد Mimetic سواء اللفظى كالببغائية Echolalia أو الحركية كالمحاركة Echopraxia والطاعة الآلية والتأثر الشديد بأفعال الآخرين وأقوالهم والافتتان بهم، والصورة الآخرى وهى الصورة «الاندفاعية» (Impulsive) والتى تشيع فيها التعبيرات اللغوية التى تتضمن الاهانات والالفاظ البذيئة. وصورة التقليد هى الصورة التى ترتبط بالدور الانثوى حيث تتسم بالطابع السلبى القابل للتأثر والايحاء والطاعة والالتزام بالتعليمات. وقد بدأ اللاتاه خاصة صورة التقليد فى الانحسار قليلا اتساقا مع التغير الاجتماعى الذى يتطلب من المرأة درجة اكبر من الاعتماد على النفس والقدرة على التأقلم مع المواقف الضاغطة.

السلوك الشاذ كتحد أو كرد فعل للنمط الثقافى السائد:

ويظهر المرض أو السلوك الشاذ كرفض للمعايير الثقافية أو لأنماط السلوك الشائعة والتى تميز الثقافة. ومن ذلك ان شولر وكودل «يفترضان ان اعراض الفصام تعكس ما يكون لدى المريض من استجابة سلبية قوية للتوقعات الكبرى فى حضارته «وهما يؤيدان فرضهما هذا بايراد ملاحظات منها ان الفصاميين من أهل اليابان يتصفون بالعدوانية الجسمية على العكس من طبيعتهم المسالمة الرقيقة فى حالة السواء، وان الامريكيين الذين يتميزون بالانضباط المعرفى الادراكى فى حالة السواء يتحولون بالفصام الى الغرابة وفقدان السيطرة على الادراكات الحسية والافكار (سوين، ١٩٧٩، ١٥٨).

وهذه الظاهرة تبين ان الامراض قائمة فى كل المجتمعات غير ان كل ثقافة تضيف الى المرض بعض الخصائص المميزة الى الجوانب الدينامية له. كذلك تكشف عن أن التأثير الثقافى قائم ووارد فى تحديد شكل المرض اما بمسايرة انماط الثقافة ومجاراتها أو بمعارضتها وتحديها.

الثقافة تفسر الزملات:

تقدم الثقافة تفسيرها للافصاحات السلوكية او الاعراض طبقا للمفاهيم السائدة فيها ومستوى الوعى الاجتماعى والعلمى والخلقى. ونجد هذه التفسيرات فى الطب الشعبى Folk medicine مثل زملة فقدان السائل المنوى فى الهند وجنوب آسيا. وفكرة فقدان المنى واستمرار هذا الفقدان من شأنها ان تصيب الفرد بالهلع لان المنى هو رمز الحياة والخصوبة والقوة طبقا للايديولوجية الهندية. والمريض هو الذى يشخص المرض عندما يجد أن لون البول قد تغير واتخذ لونا ضاربا الى البياض مع شعور بالضعف والانهاك واحاسيس بالاحتراق والخمول. وينتج ذلك اختلالات فى التركيز والتعلم اضافة الى المشكلات الجنسية. وكما تقدم الثقافة مفهومها عن المرض واسبابه فانها تقدم ايضا اساليب العلاج التى تناسبه. فاذا كانت الاطعمة الساخنة والافراط الجنسى من العوامل المسببة، فالطعام البارد والاعتدال الجنسى واستخدام المقويات - لزيادة السائل المنوى - هى الاجراءات العلاجية.

.(Pfeiffer, 1982, 209 - 210)

ومن الزملات الثقافية النوعية الشهيرة الكورو Koro الذى ينتشر فى مناطق كثيرة فى الصين. وقد ذكر فى الطب الصينى كما وصف فى الادب الكلاسيكى. والكورو(٧) لفظة تشير الى عضو الرجل التناسلى. وفى هذه الزملة يشعر المريض ان حجم قضيبه يتضاءل وينسحب داخل جسمه مما يعنى فى النهاية الوفاة. ويظهر الاختلال فى نوبات خفقان فى القلب مع نوبات دوار وتفجرات للعرق وخوف شديد من الوفاة. وتحدد الاسباب الشائعة لهذا الاضطراب فى ضعف قاعدة القضيب الذى ينتج عن الافراط فى الاشباع الجنسى أو من نوبات البرد القاسية أو الاطعمة الباردة. وينحصر العلاج فى تقوية قاعدة القضيب بوسائل ميكانيكية وبالتغذية الصحيحة والعلاج الدوائى المناسب.

وتوجه الثقافة فى كثير من حالات الزملات النوعية أساليب التدخل طبقا لمفاهيمها. وكثيرا ما يكون العلاج عن طريق استحضار القوة التى تكون كامنة فى المريض والعمل على اظهار بشكل كامل. ومن الزملات النوعية المرتبطة بالثقافة الوسواس، ولكل ثقافة المواقف التى يمكن ان يصاب فيها الافراد بالوسواس عند مواجهتها. وداخل الثقافة الواحدة مواقف نوعية يمكن ان يظهر فيها الوسواس فهناك الافراط فى غسل الايدى ووسواس نظافة الجسم وكثرة الاستحمام. واحيانا ما يتيسر العرض او السلوك غير السوى وراء او ضمن نشاط اجتماعى خلقى مقبول مثل وسواس الوضوء أو وسواس الصلاة. حيث يستمر الفرد فى الوضوء لفترة طويلة ظانا انه لم يحسن الوضوء كما ينبغى، أو أن يطيل فى صلاته أو يعيدها مرات لعدم تأكده

من انه اداها على الوجه الصحيح. وفى الحالات التى لا تكون شديدة يتم تكامل العرض واندماجه فى الحياة اليومية الدينية بل قد يلقى تعزيزا من البيئة المحيطة.

وقد يكون العرض المرضى تهديد للفرد مثلما هو السوستو Susto وهى زملة ثقافية نوعية تنتشر فى امريكا الجنوبية وتشير الى الفزع، حيث ان لفظة سوستو تعنى فزع أو رعب باللغة الاسبانية وتحدث للاطفال فى هذه المناطق. والنوبة النمطية للسوستو هى أن يصبح الطفل قابلا للتهيج بدرجة عالية ويكون من السهل اثارة رعبه وتخويفه، وينخرط الطفل فى الصياح باستمرار ويخشى ان يترك وحيدا ويفقد شهيته. ويظن الناس ان المرض يعزى الى ان روح الطفل غادرت جسده. ولكن الباحثين وجدوا ان الحالة عادة ما تلى خبرة صادمة مثل مواجهة حيوان مفترس او ما يمكن ان يوقع الأذى بالطفل.

ومن الزملات الثقافية والمهددة أيضا ذهان الونديجو Windigo عند الهنود فى شمالى شرق كندا. والونديجو اسم لعملاق أو لغول يأكل الثلج ويمثل مصدرا لاثارة القلق والألم عند افراد هذه القبائل. وتتمثل الاعراض بأن يشعر الفرد بأنه يتحول تدريجيا الى ونديجو، وعلى هذا يميل الى اكل لحوم البشر ويحاول المريض ان يخلص نفسه من هذه الحالة ولكنه لا يستطيع كما ان اهل المريض واصدقائه يحاولون مساعدته وتخليصه من (الشيطان) ولكن دون جدوى.

ومن الزملات المرتبطة بالثقافة أيضا مرض البيلوكتوك Pibloktoq وينتشر بين افراد قبائل الاسكيمو خاصة من النساء. والمصابة بهذا المرض تنتابها نوبات من الصراخ والعويل المستمر، وتعمل على تمزيق ثيابها، الى ان تستنزف قواها وترتمى على الكثبان الثلجية فى حالة تشنجية ثم تروح فى غيبوبة.

ويلاحظ أن الزملات المرتبطة بالثقافة ليست قاصرة على المجتمعات البدائية والمنعزلة بل انها تحدث فى المجتمعات الحديثة والمتقدمة ففى ايطاليا وفرنسا يصف (كابجرا Capgras) - وهو طبيب نفسى فرنسى - زملة عرفت باسمه. وهى اضطراب ذهانى نادر يصر فيه المريض على ان الاخرين الذين يعرفهم - عندما يقابلهم - ليسوا هم ذواتهم ولكنهم اشخاص آخرين بدلاء لهم وينتحلون شخصياتهم. ويعتقد أن هذا السلوك يخدم غرضا لاشعوريا وهو رفض الشخص (الأم على سبيل المثال). وتعتبر زملة كابجرا بصفة عامة زملة خاصة من الفصام البارانى أو اضطراب عضوى أو ذهان وجدانى (جابر، كفافى، ١٩٨٩، ٥١٨). كما أن اليابانيين احيانا ما يصابون بمرض يسمى خواف الانسان أو فوبيا الانسان Anthropophobia ويتخذ صورة الشعور بالدونية والضآلة والخوف من مقابلة الناس والخجل والانطواء.

خاتمة واستنتاجات

يلقى النموذج الطبى التقليدى - وهو نموذج احادى يرد الاضطرابات الجسمية الى العوامل البيولوجية وحدها - معارضة تتزايد يوما بعد يوم، على أساس أنه لايمكن حتى فى تشخيص وعلاج الاضطرابات الجسمية اغفال المجتمع وثقافته. وإذا كان المجتمع وثقافته قد دخلا معادلة المرض الجسمى بجانب الجوانب البيولوجية، فعلينا أن نتوقع أن تلعب ثقافة المجتمع دورا أكبر فى نشأة الأمراض النفسية ونموها. فمن يعانى من اخاييل سمعية او بصرية، او الذى يعتقد فى صدق بعض المعتقدات غير المعقولة (هذاءات) او الذى يعانى خوفا شديدا من اشياء لاتخيف (خوافات أو مخاوف مرضه). أو الذى يعانى قلق أو اكتئابا او تسلط افكار وسواسية عليه، لا يمكن فهم سلوكه فى ضوء الاستعداد الجنينى او فى ضوء الاضطراب الذى قد يحدث فى المجموع العصبى المركزى، أو فى ضوء الخلل الذى يمكن أن يحدث فى الافراز الهرمونى أو فى ضوء اضطرابات عملية الايض او غيرها من العمليات البيولوجية. ولكن بدلا من ذلك فان فرضا مثل فرض الاستعداد الضغط diathesis - stress - hypothesis الذى

نمى فى احضان الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية. يفسح المجال لكل من الاستعداد البيولوجي والتأثيرات الثقافية. ومن هنا نما مجال الدراسات عبر الثقافية للأمراض النفسية وتحددت معالمه وأصبح له مختصوه بعدما تبين للدارسين حجم الدور الذى تلعبه العوامل الثقافية الاجتماعية فى نشأة الامراض النفسية ونموها.

ولكن هذا المجال الجديد يقابل الباحثون فيه بعض المشكلات المنهجية أهمها ان المسميات المرضية والمصطلحات التى تشير الى الفئات المرضية نشأت فى ظل ثقافة معينة وهى الثقافة الغربية، وهى ايضا الثقافة التى اعدت ادلة التشخيص التى تصنف الاضطرابات مع ما فى ذلك من محاذير أو مخاطر تكمن فى التباين اللغوى والثقافى والاجتماعى حتى ان ادلة التشخيص واسماء الاضطرابات تراجع من فترة الى اخرى داخل الثقافة التى وضعتها حتى تكون اكثر تصويرا لما هو فى الواقع.

ومن المشكلات المنهجية أيضا فى هذا المجال مشكلة الاحصاءات المتوافرة لاعداد المرضى فى المؤسسات العلاجية، فهى ليست دقيقة تماما والاعتماد عليها فى المقارنات أمرا قد يكون مضللا لان البعض ينكر الاضطراب النفسى، أو يعالجه كمرض جسمى، أو يعالجه علاجات تقليدية شعبية بعيدة عن المؤسسات، أو يعالجه خارج البلاد. كذلك من المشكلات التى تقابل العاملين فى هذا الميدان دلالة السلوك فالسلوك ليس له دلالة واحدة فى كل المجتمعات. ومن هنا فالاعتماد عليه فى تحديد سوية السلوك او لاسويته قد يوقعنا فى الخطأ.

ومن هنا يتضح أن من أولويات هذا المجال الناشىء بناء نظام تشخيصى تصنيفى يستفيد من كل المعطيات التى تقدمها العلوم ذات العلاقة مثل علم النفس والطب النفسى. والانثرولوبولوجى والاجتماع والاعصاب بحيث ينبنى هذا النظام على وجهة نظر كلية تضع فى اعتبارها العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والاجتماعية المتضمنة فى نشأة المرض ونموه. ومما يبعث على الأمل فى امكانية بناء مثل هذا النظام التشخيصى النجاح فى اجراء دراسات مثل الدراسة الاستطلاعية الدولية للفصام ودراسة الاكتئاب عبر ثقافات مختلفة التى قامت بها منظمة الصحة العالمية WHO.

كذلك من الضرورى فهم الثقافة التى ندرس الامراض النفسية فيها وان نحلل الانماط الثقافية فيها جيدا، لأن هذا التحليل يتضمن معرفة الاستجابات وردود الافعال السوية والعادية داخل الثقافة، وقد يجنبنا هذا الكثير من الزلل لان بعض أساليب السلوك مما يحسب سويا فى ثقافته يعد بمعايير مجتمعات اخرى سلوكا غير سوى. وقد تضمنت الدراسة أمثلة عديدة على ذلك مثل الصعوبة التى يجدها الطبيب النفسى فى تشخيص الهذاء البارانى فى الثقافات التى تعبر عن الكراهية بالفعل وليس بالفكر، والصعوبة التى يقابلها الطبيب النفسى أيضا فى تشخيص الاكتئاب فى الثقافات التى يغطى فيها المرض بأعراض جسمية ولايعبر عنه لفظيا كما فى ثقافات أخرى، وهو ما يعرف بالاكتئاب المقنع.

وهناك تباينات كبيرة فى نظرة المجتمع ومؤسساته لكل من المرض والمريض. ويحدث هذا التباين نتيجة اختلاف البنى الاجتماعية خاصة بنية الاسرة. فالأسر فى بعض المجتمعات توفر حماية للانثى اكثر مما تفعل مع الذكور وبعضها يفعل العكس. وكبر السن فى بعض المجتمعات يضيف الى مكانة الفرد وفى مجتمعات أخرى يجعله عبئا على الاخرين. وبعضها يحمل الابن الأول مسئوليات كبيرة مما يمثل ضغوطا عليه فى النهاية، والوضع الاجتماعى للفرد فى المجتمع أحد العوامل الهامة فى اصابته بالمرض النفسى، كذلك فان امكانية الحراك الاجتماعية فى المجتمع له علاقة بادراك الفرد لحجم الضغوط التى يتعرض لها ولمدى الحماية التى يوفرها له المجتمع.

كذلك فان فهم الثقافة ليس هاما فى عملية التشخيص فقط وانما فى فهم اسباب المرض وعوامله. والثقافة - كما ذكرت فى الدراسة - لا تلعب فقط دورا فى تحديد قدر الضغط الذى يخبره الفرد ولكنها تؤثر أيضا فى ادراكه لهذا الضغط وتقييمه له، بل ولها دورها فى تعليمه كيف يواجه هذا الضغط.

وهكذا يتأكد دور الثقافة فى نمو الشخصية سواء على النحو الصحى أو على النحو غير الصحى. ويمتد هذا التأثير فى المجال المرضى من عملية فهم المرض وتشخيصه الى عمليات العلاج والتأهيل، مما يستوجب الاحاطة الكاملة بالبعد الثقافى فى فهم المرض وتشخيصه وعلاجه جميعا.

الهوامش :

(١) وردت الجنسية المثلية Homosexuality ضمن الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للمضطرابات العقلية الذى تصدره الجمعية الامريكية للطب النفسى (D S M- 1) الصادر عام ١٩٥٢، (DSM- II) الصادر عام ١٩٦٨. ولكنه اختفى فى الطبعة الثالثة (DSM- III) الصادر عام ١٩٨٠. وهذا يعنى تحول قسم من الرأى الأمريكى فى صالح السلوك الجنسى المثلى، وبالتالى كاد أن يخرج بالفعل من حيز اللاسواء الى حيز السواء.

(٢) الأسرة الممتدة هى الأسرة التى تتألف بجانب الوالدين والأطفال من أفراد آخرين من ذوى القرابة كالأجداد والأعمام والأخوال وأبنائهما، ويعيشون فى مسكن واحد.

(٣) الأسرة النووية هى الأسرة التى تتكون من الوالدين والأطفال الصغار فقط. وتقيم فى مسكن مستقل ومنفصل عن مساكن الأقارب.

(٤) جنون القتل Amoke وفى هذه الزملة يخبر الفرد فترة طويلة من التفكير والتأمل الذى يكسوه طابع الاكتئاب ثم تنتابه نوبة شديدة من الهياج غير مسبوقة بأى استفزاز يهجم فيها على كل ما يقابله بدون تمييز بين انسان أو حيوان. وقد يقتل المريض فى هذه النوبة اكثر من عشرة افراد أو يعجزهم قبل ان يتم التغلب عليه أو تخور قواه. وقد تنتهى النوبة بأن يقتل المريض نفسه ويكون لدى المريض أمنيزيا (نسارة) كاملة بالحادث وربما عمد الى الانتحار. والاسباب المفترضة لهذا المرض تتضمن السكر الناتج عن تعاطى الكحول، والعوامل الاجتماعية من قبيل رفض أسرة الفتاة التى يأمل فى زواجها أو كآثار جانبية لمرضى الملاريا أو كنوع من النوبات الصرعية أو كمرض ذهانى. (جابر، كفافى، الجزء الأول، ١٩٨٨ ص ١٥٦).

(٥) الكتاتونيا Catatonia نوع من قصور النشاط الحركى. فالمصطلح يشير فى أصله اللاتينى الى الارتخاء. ويستخدم فى مجال علم النفس والطب النفسى بمعنى قصور الحركة سواء اكان مصحوبا بتخشب أو جمود الحركات أو كان مصحوبا بالليونة والقابلة للانثناء. وقد يحدث فى بعض الحالات أن توجد الحالتان معا بمعنى ان تصاب بعض الاعضاء أو اجزاء الجسم بتخشب وجمود وبعضها الاخر بليونة وانثناء. ويشاهد هذا الاضطراب فى بعض حالات الفصام حيث يسمى احد انواعه بهذا الاسم وحالات الصرع وأمراض الفص الجبهى من المخ (جابر، كفافى، الجزء الثانى، ١٩٨٩، ٥٣٨)

(٦) اللاتاه Latah نوع من الهرع (الفزع، الرعب) القفزى العصبى. وهو زملة ترتبط بثقافة معينة اكتشفت فى البداية فى الملايو وكذلك فى تايلاند وسيبريا والكونغو والفلبين. وتتطور الحالة فى الاساس لدى النساء الخاضعات الغبيات اللاتى تعرضن لفزع مفاجىء. واعراضه الاساسية الى جانب الخوف، تقليد السلوك اى تكرار آلى لكلمات شخص اخر وجمله وكذلك تقليد حركى آلى لحركاته وإيماءاته، ونزعة قهرية للتفوه بألفاظ بذيئة. ويعتقد أن هذه الاستجابة نابعة من عجز مواجهة المواقف المهددة المثيرة للقلق. (جابر، كفافى، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٩٢٥).

(٧) الكورو استجابة خواف حادة حيث يخاف المريض فجأة من أن قضيبه يتقلص وسوف يختفى فى بطنه ويؤدى به الى الموت. ويلاحظ المرض فى جنوب الصين وفى أرخبيل الملايو. وهناك شكل آخر من اشكال الكورو نجده عند الانثى حيث تشعر المريضة أن ثدييها ينضمران وأن شفرى الفرج ينضمان الى الداخل وقد وجد هذا فى بورنيو. وقد يربط المرضى شريطا حول القضيب أو يستخدمون وسائل أخرى للحفاظ على السيطرة الفيزيقية على وجوده. ويرتبط الاضطراب بصفة عامة بالاحساس بالاثم نتيجة لممارسة العادة السرية أو لاتصال جنسى غير شرعى. وقد لوحظت حالات كورو مرتبطة بسوء استخدام العقاقير وبأورام المخ وباصابات أخرى (جابر، كفافى، ١٩١١، ١٨٩٢).

المراجع العربية

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٨٨.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٨٩.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٩٠.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٩١.

٥- كمال دسوقي: ذخيرة علم النفس، الجزء الثاني، الدار الدولية للنشر، القاهرة ١٩٩١.

٦- ريتشارد سوين: علم الامراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة: دار النهضة العربية، القاهرة ١٩٧٩.

٧- ابراهام كاردنير: مفهوم تركيب الشخصية الاساسية بوصفها اداة فعالة فى العلوم الاجتماعية فى رالف لنتون (تحرير) الانثروبولوجيا وازمة العلم الحديث، ترجمة عبد الملك الناشف: ص ص ١٩٥ - ٢١٩. المكتبة العصرية، بيروت ١٩٦٧.

٨- علاء الدين كفافي: الصحة النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة ١٩٩٠.

٩- علاء الدين كفافي: التنشئة الوالدية والامراض النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة ١٩٨٩.

١٠- رالف لنتون: دراسة الانسان، ترجمة عبد الملك الناشف: المكتبة العصرية، بيروت ١٩٦٤.

١١- محمد على محمد وآخرون: المجتمع والثقافة والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ١٩٨٥.

١٢- مرجريت ميد: النمو والتربية فى المجتمعات البدائية، ترجمة نعيمة محمد عيد: دار النهضة العربية، القاهرة (بدون تاريخ).

١٣- منظمة الصحة العالمية: الاضطرابات الاكتئابية فى الثقافات المختلفة، جنيف ١٩٨٣ - صدرت الطبعة العربية عام ١٩٨٦.

المراجع الأجنبية

14- **Al- Issa, I. (1982)**: Does Culture Make a Differnece in Psychopathology? In **Al- Issa (Ed): Culture and Psychopathology (3-26)** University Park Press, Baltimore.

15- **Arieti, S. (1967)**: Schizophrenia, Other Aspects of Psychotherapy in Arieti (Ed).American Handbock of Psychiatry . Basic Books Inc. N.Y.

16- **Benedict, R. (1953)**: Patterns of Culture, Mentor Book, New York.

17- **Coleman, C. J. Butcher, J.N.Carson, R.C: (1984)**: Abnormal Psychology and Modern life **7th** Scott, Foresman and Company, London.

18- **Draguns, J.G.(1982)**: Methodology in Cross Cultural Psychopathology. In **Al-Issa, I(Ed) Culture and Pasychophology (33-36)** University Park Press Baltimore.

19- **Engelsman, F. (1982)**: Culture and Depression in Al- Issa, I. (Ed) Culture and Psychopathology, (251-270). University Park Press, Baltimore.

20- **Eysenck, H. j. & Eysenck, B.G. (1982)**: Culture and Abnormalities. in Al- Issa (Ed) Culture and Psychpathology (277-304) University Park Press Baltimore.

21- **Hunt, C.& Horton, P. (1964)**: Sociology, Mc Graw Hill Books. Co. New York.

22- **Mahmoud, R. (1977)**: Cross-National study of the sympomatology of schizophrenia an Anglo - Egyption Comparison, Dar. El-Ghad, Cairo.

23-**Mead, M. (1971)**: Male and Female. Penguin Books.

24- **Murphy, H.B.M. (1982)**: Culture and Schizophrenia. In **Al- Issa (Ed) Culture and psychopathelogy. (221 - 247)** University Park Press, Baltimore.

25- **Pefeiffer, W. M. (1982)**: Culture - Bound Syndromes in. **Al - Issa (Ed) Culture and psychopathology (201-217)** University Park Press, Baltimore.

26- **The Ethnography of MALINOWSKI (1929)**: Edited by Micheal W. Young. Routledge & Kegan, **Paul, London.**

27- **Tylor, E. (1913)**: Primitive Culture, John, Murray London.

ما بين فلسفة العلم والقياس النفسى
صدق القابلية للتكذيب للأسلوب الإسقاطى
(صور بلاكى)

د. محمد رشاد سيد كفافى
أستاذ الصحة النفسية المساعد
قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الأزهر

مقدمة

نظرية بوبر في فلسفة العلم:

إن بوبر يطرح على بساط البحث السؤال التالى: متى يمكن أن نعد النظرية علمية؟ مستهدفاً التمييز بين العلم والعلم الزائف، وخلص بوبر للتالى:

١ - من اليسير العثور على إثباتات confirmations أو تحقيقات Verifications بالنسبة لآية نظرية - تقريبا - إذا ما استهدف البحث عنها أساساً.

٢ - يعتد بالإثباتات عندماتنتج عن التنبؤات المخاطرة، وذلك بتوقع حادث معين يتناقض حدوثه مع النظرية، فإذا ما وقع ذلك فإنه يكذب النظرية.

٣ - النظرية العلمية الجيدة صورة من الحظر، إذ تمنع أشياء بعينها من الوقوع.

٤ - النظرية التى لا تكذب (تدحض) بأى حدث من الأحداث غير علمية، فعدم القابلية للتكذيب لم يعد ميزة من مزايا النظرية.

٥ - كل اختبار أصيل للنظرية يعد محاولة لدحضها، فالقابلية للاختبار Testability هى القابلية للدحض Falsifability.

٦ - الدليل الاثباتى موضع اعتبار عندما ينتج فحسب عن الاختبار الأصيل للنظرية الذى هو محاولة جادة لدحض النظرية، وإن تكن غير ناجحة.

وخلاصة الأمر هى: إن تحديد ما للنظرية من مكانة علمية إنما يستند إلى محك القابلية للتكذيب أو الاختبار أو التفنيد Refutabilityالذى يقدمه بوبر لحل مشكلة التمييز Problem of demarcation بين العلوم الخبرورية وما عداها وإن أى نظرية أو قانون ينبغى اعتباره موقتا ten-taive أساساً ، أو أنه صورة من الافتراض أو التخمين.

ويقدم بوبر محكة رافضا أن يضطلع الاستقراء أو القابلية للتحقق Verigiability للقيام بالتمييز بين العلم والعلم الزائف، فالمحك الأخير هذا يهتم بالاثباتات، ويغفل ما قد يوجد من تفنيدات تكذب النظرية أو القانون (popper,1972) .

ونجد ميل يتخذ مع زملاء له وضعا بوبريا جديدا يدعو لاختبارات امبريقية أكثر تسامحا ليتسنى الاحتفاظ بالنظريات الجيدة، وفيما يتعلق بالقابلية للتكذيب فينادى بالأمرين التاليين داخل الإطار البوبرى الجديد.

١ ـ النظرية جديرة بالاعتراف بها، ليس فحسب إذا ما عرفنا كيفية اختبارها، ولكن إذا ما عرفنا ما الذى نحتاج لمعرفته ايضا حتى يتسنى اختبارها.

٢ ـ لا يتخلى عن النظرية عقب احراز نتيجة سلبية، إذا كانت هناك نتائج قوية أخرى تعضدها (Meehl,1973) .

وخلص الباحث من تقويمه لنظرية بوبر هذه فى موضع سابق (محمد رشاد كفافى، ١٩٨١) إلى إننا بإزاء معيار عام يفرق بين الصدق وما عداه من صور الزيف والكذب، سواء كنا فى مجال النظريات العلمية أو غيره من المجالات الأخرى التى لا تندرج تحت دائرة العلوم بما فيها أمور حياتنا اليومية، أى أننا بصدد معيار يفرق الصدق العلمى وغير العلمى عما عداهما كما قام الباحث ـ فى محاولة متواضعة منه ـ بإقتراح تحديد بديل للمشكلة على أنها صدق فرع المعرفة وليست التمييز.

وفيما يتعلق بالقياس النفسى فالباحث يسعى هنا للوصول لصدق القابلية للتكذيب فيما يختص بالأسلوب الاسقاطى (صور بلاكى) مما يتأدى به إلى طرح السؤال التالى:

كيف نقوم بذلك؟، وقبل أن نعرض لمحاولة الباحث للإجابة عن هذا السؤال فإنه يلزم التعريف بهذا الاختبار أولا

اختبار صور بلاكى:

صممه المحلل النفسى بلوم رامياً لاختبار فروض نظرية التحليل النفسى المتعلقة بنمو الشخصية وأعده بشكل يتجنب المسافة ما بين المادة الكلينيكية وتفسيرها الدينامى، مما يجعلنا بإزاء علاقة مباشرة بينهما، وساعد على تحقيق ذلك أن هذا الاختبار صمم على نحو يتناسب مع أركان هذه النظرية بالإضافة إلى ما تحتويه بطاقات الاختبار من مواقف تتميز بأنها محددة البناء ـ إلى حد كبير ـ ، وعوض هذا بأن الشخصيات فى البطاقات تبدو بصورة حيوانات (كلاب)، ومثل ذلك أن البطاقة الأولى تكشف عن العشقية الفمية بواسطة صورة الكلب بلاكى وهو يرضع من أمه. والاستفسار عن قصصه محدد من حيث نص الأسئلة وبدائل الإجابات عنها، وإن كان ثمة بعض الأسئلة المفتوحة ـ المحددة الصياغة ـ أيضاً ـ .

والمتغيرات التالية هى التى يكشف عنها الاختبار:

١ ـ العشقية الفمية	٥ ـ ذنب الاستمناء	٨ ـ المنافسة الأخوية
٢ ـ السادية الفمية	٦ ـ حصر الخصاء (ذكور)	٩ ـ مشاعر الذنب
٣ ـ السادية الشرجية	أو حسد القضيب (إناث)	١٠ ـ الأنا المثالى
٤ ـ القوة الأوديبية	٧ ـ التعيين الذاتى (التوحد)	١١ ـ موضوع الحب

وقام بلوم بدراسة لاستخراج عوامل الاختبار، كما وأنها تحتوى ـ أيضا ـ على بيان لطريقة صدق المفهوم التى اتبعت لاستخراج صدق الاختبار، وتمت الدراسة بمعالجة كل صورة على حدة من بطاقات الصور الأحدى عشرة، وروعيت كل موضوعات القصة التلقائية وإجابات

الاستفسار والتعبير من حب وكراهية الصورة، وكذلك أحب الصور وأبغضها، وبالإضافة إلى التعليقات المرتبطة بالصورة المعنية على البطاقات الأخرى. وبلغ اجمالى عوامل الاختبار المستخرجة ثلاثين عاملا.

صدق القابلية للتكذيب لاختبار بلاكى الاسقاطى:

وإذا ما عدنا إلى السؤال المطروح - أنفاً - والخاص بكيفية القيام بهذا الصدق فإنه أمكن إنجازه بإتباع الإجراءات التالية:

* اختيار مجموعة من أكفأ علماء النفس الكلينيكيين ذوى النزعة التحليلية النفسية، من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس - كلية الاداب - جامعة عين شمس (اثنان منهما بدرجة أستاذ، واثنان آخران بدرجة مدرس - احدهما منتدب وذلك فى عام ١٩٩١ م)؛ وإذ أن هذه الأداة تتعلق بإختبار نظرية التحليل النفسي - كما ذكر أنفا - ، وامداد هؤلاء بموضوعات بعض العوامل المستخرجة من الدراسة العلمية التى قام بها بلوم والتى فى ضوئها تقدر استجابات المفحوصين، مع ذكر أمثلة للموضوعات إذا ما توفرت فى دليل الاختبار (Blum, 1962).

والتزم الباحث بالموضوعات والأمثلة التى ذكرها بلوم باستثنائين:

أولهما : مثال من أمثلة موضوع العامل (٨ - ١)، وكان نصه: بلاكى يكره تبى الآن»، فأصبح: بلاكى يكره تبى وأمه الآن، إذ أن العامل هنا يسمى: «الكراهية تجاه الأخ (أو الأخت) والأم ، أما من ذكر فى أمثلة الموضوع إلى كراهية الأم، فوجب إضافتها حتى لا ينصرف تفكير للإكلينكى إلى كراهية الأخ فحسب.

أما الاستثناء الثانى: فهو الخاص بموضوع العامل (١٠ - ب) إذ أن نصه كان كما يلى «بلاكى منغمس فى تخييل محقق للرغبة»، ولما كان هذا الموضوع يختص بعامل سلبى وهو: الإدراك السلبى للذات وللاب، فى الوقت الذى نجد فيه الموضوع بأمثلته لا يوضح ذلك مما حدا للباحث أن يضيف له عبارة تسبقه وهى: يتم تقدير الأب والابن على نحو سلبى.. بلاكى منغمس فى تخييل محقق للرغبة.

* طلب من عالم النفس الكلينيكى أن يتنبأ - مسترشداً بهذا الموضوع - بالأجابات عن أسئلة الاستفسار التى يتوقع أنها خاصة بالعامل، ضاهى الباحث بعد ذلك هذه التنبؤات بالإجابات عن الاسئلة الواردة فى العامل والتى أصبحت تمثل تنبؤات الباحث، وذلك بالنسبة لكل كلينيكى على حدة، ثم مجموعة الكلينيكيين بأكملهما، وعلى ذلك النحو تمت اجراءات صدق القابلية للتكذيب الذى استند هنا إلى تنبؤ الباحث بأنه إذا ما كان موضوع العامل بهذه الصورة المعينة فإن الإجابات عن أسئلة الاستفسار المتوقعة أنها خاصة بالعامل ستكون بهذه الكيفية المحددة - المبينة تاليا..

وقد تأتى نتيجة الإجابة عن السؤال معززة أو غير معززة للتنبؤ، وفى كلتا الحالتين فإن السؤال يعد قابلاً للتكذيب، فالإجابة المعززة هنا تعنى توفر هذا النهج من الصدق - فى صورة نتيجة إيجابية، فى مقابل غير المعززة التى تعنى توفر هذا النهج من الصدق - فى صورة نتيجة سلبية - ، بالنسبة للبنود الخاصة بالأسئلة المفتوحة وبالتفضيلات (يحب البطاقة - أحب بطاقة، يكره البطاقة، أبغض بطاقة) فالباحث لا يقوم بإختبارها إختبارا مكذبا - منذ البداية - إذ أنه يتوقع الصعوبة الشديدة لوضع التنبؤات من قبل الكلينيكيين فيما يتعلق بالإجابات عنها - نظرا لطبيعتها - ومن هنا فإن إدراجها - من قبله - فى هذا البحث ذو طبيعة استكشافية وذلك لاستكمال الصورة العلمية التى سيتأدى إليها، كما أنها قد تفيد فى المستقبل فى محاولة إختبارها إختباراً مكذباً، إلا أن ثمة استثنائين لهذا خاصين بالبطاقة ١٠ حيث تسمح الأسئلة فى علاقتها بموضوع العامل بهما، أولهما خاص بالعامل (١٠ - ١)، إذ نجد إجابتين متنبأ بهما على السؤالين أ، ب بهذا العامل هما:

س أ - ياترى اللى بيحلم بيه بلاكى بيفكره بمين من الكلاب؟

جـ أ - اللى بيحلم بيه بلاكى بيفكره بأبيه

س ب - لما بلاكى يفكر ويقارن بين بابا وبين اللى فى الحلم، بابا يبقى / إيه بالنسبة للى فى الحلم؟

جـ ب - لما بلاكى يقارن بين بابا واللى بيحلم بيه بابا يفضله.

ويرتبط الاستثناء الثانى بالعامل (١٠ - ب)، السؤال الثانى (س - ب)، إذ نجد إجابة متنبأ بها عنه كالتالى:

جـ ب - بابا مش كويس زى اللى بيحلم بيه لما بلاكى يقارن بينهم.

ولا يقتصر تأسيس صدق القابلية للتكذيب هنا على العوامل المستخرجة من دراسة بلوم، وإنما أسس - أيضا - على تنبؤات الكلينيكيين بالإجابات عن أسئلة الاستفسار المتوقعة من قبل مفحوص بعينه، وذلك فيما يختص بسجل قصص أحد المفحوصين أختير من بين ثلاث سجلات إذ تشير قصصه بإمكانية تأسيس هذا الصدق عليها التى تأيدت بإختبار ذلك إختبارا ذاتيا من قبل الباحث نفسه (هذا الإختبار الذاتى منفصل عن نتائج تجربة هذا البحث المعروضة هنا) وهذا المفحوص راشد، له من الأخوة سبعة، ووالده أحياء، وذلك طبقا للبيانات العائلية الواردة بسجل الاستجابات على الاختبار واختار الباحث ستة بطاقات لهذا الغرض - سواء بالنسبة للمفحوص أو للعوامل المذكورة - أنفاً -، وهى: ١ - ٢ - ٤ - ٨ - ٩ - ١٠.

ويمكن القول بأن صدق القابلية للتكذيب يتم هنا بمرحلة صدق التفسير الفاهم والمفسر؛ حيث ذهب الباحث - من قبل - إلى القول بثلاث مراحل للصدق فى الأساليب الإسقاطية - ألا وهى:

١ - مرحلة صدق الاختبار ٢ - مرحلة صدق المستبر
٣ - مرحلة صدق التفسير الفاهم والمفسر.

ومركز الثقل فى مرحلة الصدق المعنية هنا (المرحلة الثالثة) هو الإنسان كما يتبدى من خلال إستجاباته الإسقاطية، وليس الاختبار المستعان به حتى يقترب من فهمه، وبالتالى تقديم التفسيرات الفاهمة من قبل المفسر (محمد رشاد كفافى، ١٩٧٣).

والقول بأن صدق القابلية للتكذيب - هنا - يتم بمرحلة صدق التفسير الفاهم والمفسر إنما يستند لما ذهب إليه بعض فلاسفة العلم من أن التنبؤ تفسير مسقط على المستقبل، وبالتالى يأخذ صدق المفسر هنا صورة صدق المتنبيء، وهو الذى يبرز لنا تحليل النتائج على المستوى الفردى، أى تحليل نتائج كل إكلينيكى على حدة أولا، ثم تعقبه بالمستوى الجماعى، وفى تقدير الباحث أن هذا يتأيد بما قدمه فيلسوف العلم ويزدم (١٩٦٧) من نظرية خاصة بإختبار التفسير فى جلسة التحليل النفسى بإستخدام محل القابلية للتكذيب، ويتلخص محل الإختبار المقترح فى أن استجابة المريض تعد مؤيدة للتفسير المتضمن للفرض ذى المحتوى الكلينيكى، إذا ما أمكن تفسير الاستجابة للتفسير ذاتها، بإستخدام عين الفرض الكلينيكى، وإن إختلف الدفاع المستخدم؛ ومن ثم فإنه إذا ما كان بناء الإستجابة مختلفا عما هو عليه بناء التفسير، فإنه يمكن الحكم بأن الاستجابة تكذب التفسير الذى قدمه المحلل، ويذهب الباحث إلى أن فهمه لنظرية ويزدم هذه يتأدى به للاتفاق مع فلاسفة العلم الذين قالوا بأن التنبؤ تفسير مسقط على المستقبل وإذا ما عدنا لمعالجة صدق القابلية للتكذيب لدى كل مفسر متنبئ من الاخصائيين الكلينيكيين الأربعة ، فإن إمعان الفكر هنا - يتأدى بنا للكشف عن الطريقة السليمة - فى تقدير الباحث - للحكم على هذا الصدق بالنسبة لإجابة كل سؤال على حدة ويتمثل ذلك فى أنه إذا ما وردت إجابة معززة ولو لدى إكلينيكى واحد فإن هذا يعد تعزيزا كافيا يقيم الدليل على صدق نتيجة التنبؤ.

والدعوة لإدخال وإقامة صدق القابلية للتكذيب بالفعل - من قبل الباحث - فى مجال القياس النفسى ليس طريقة جديدة تضاف لما هو معروف من طرق للصدق، وإنما يمثل نهجا جديدا يعقد صلة ما بين القياس النفس وفلسفة العلم المعاصرة على نحو يكون من شأنه تطوير القياس النفسى تطويرا جذريا - فيما يحسب الباحث - .. نهجا لا يتطلع الباحث للنسج على منواله من قبل غيره من الباحثين فحسب، وإنما يتطلع لتطويره - أيضاً - من قبلهم وقبله.

أولاً: تنبؤات الباحث الخاصة بالعوامل[1]:

تنبؤات البطاقة (١) (العشقية الفمية) :

موضوع عامل (١ - أ) اللهفة الفمية: بلاكى كبير على الرضاعة أكثر مما ينبغى، كبير للغاية.

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار[2]: جـ - ٢، د - ١، هـ - ٢، و - ١.

موضوع عامل (أ - ب) النبذ الفمى: الأم نابذة أولا مبالية بشدة.

[الأمثلة: «مشمئزة»، - «متعبة»، - «مستنفدة» Petered out - كارهة لا طعام ب (بلاكى) «تزيد القرار» - فاقدة النفع تماماً (أكثر من «عدم الإنتباه» أو «تقوم بالواجب فحسب»] الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار: أ - ٢، ب - ٢، د - ٣، د - ، هـ - ٣، و - ٣.

موضوع عامل (أ - ج) الغلاف السكرى «sugar - Coating»[3] الأم راضية أو تستمتع أثناء إرضاع بلاكى.

[المثال: الأم سعيدة تماماً، الأم متعاونة للغاية»]

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار: أ - ١ ، ب - ١، و - ١.

التفضيلات[4] يحب البطاقة - أفضل بطاقة.

---

* الهوامش فى نهاية البحث.

تنبؤات البطاقة (٢) (السادية الفمية) :

موضوعات عامل (٢ - أ) المازحية playfulness: (متضمنة بند (أ) من الأستفسار).

(أ) بلاكى يلعب بالطوق

[الأمثلة: يتصرف بعنف - يلعب - يتظاهر بمشاجرة الطوق - التظاهر بأن الطوق بمثابة عدو أو شخص حقير].

(٢) بلاكى يدرب جسمه - يشحذ - (يسّن) الأسنان - يستهلك (يصرف) الطاقة.

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار: جـ - ٣، د - ١.

التفضيلات : يحب البطاقة - أفضل بطاقة.

موضوع عامل (٢ - ب) التماس إشباع الرغبة) متضمناً بند (١) من الاستفسار: بلاكى يشعر بالهجر من قبل أمه.

[الأمثلة: بلاكى غضبان لهجر أمه - رحلت الأم وبلاكى يريدها - ماتت الأم وتركته - بلاكى لديه شعور بالوحدة والإهمال].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار: ب - ٣، جـ - ١، د - ٢، هـ - ١، و - ٢

موضوعات عامل (٢ - جـ) الاستياء للحرمان الفمى (متضمنة بند (١) من الاستفسار) :

(١) إشارة للتغذية تتضمن الحرمان.

(٢) بلاكى مزعج، غيظ غير ممكن التحكم فيه.

(٣) عنف أو نزاع جسمانى يشمل الأم.

[أمثلة من (٣) بلاكى قتل أمه لتوه - تشاجر بلاكى مع أمه - انتزع الطوق من رقبتها - شخص أخر أقصى الأم بالقوة].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الاستفسار: جـ - ٢

التفضيل : أسوأ بطاقة.

تنبؤات البطاقة (٤) (قوة الأوديب) :

موضوعات عامل (٤ ـ أ) الإستغراق الأوديبي غير المقنع يتضمن بند (١) من الاستفسار :

(١) بلاكى ينافس الأب.

[الأمثلة: يريد بلاكى ممارسة الحب، ويستشعر الكراهية تجاه أبيه ـ يريد بلاكى أن يحل محل أبيه ـ الأب منافس لبلاكى ـ الأب أقل شأناً من بلاكى).

(٢) يريد بلاكى أن يعشق أمه.

[الأمثلة: يريد بلاكى ممارسة الحب مع أمه ـ بلاكى يعانى عقدة الأم ـ العقدة الأوديبية ـ بلاكى يعشق الأم ـ يرغب بلاكى فى غشيان المحارم].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الاستفسار :
جـ ـ ١، د ـ ٣، ز (إختبار (٢) كإجابة).

موضوع عامل (٤ ـ ب) الإستغراق الأوديبى المقنع (يتضمن بند (١) من الاستفسار) : يريد بلاكى الاهتمام (لا الود).

الأمثلة: لم يعد بلاكى الموضع الوحيد لإهتمام أبويه ـ بلاكى يريد الإهتمام ـ بلاكى محروم].

(ملحوظة: ينبغى أن يخلو موضوع الإهتمام من الدلالة الأوديبية ليصحح هنا) .

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
جـ ـ ٢، د ـ ٤، هـ لن يفعل الأب شيئاً،

ز ـ اختيار (١) أو (٢) كإجابة.

تنبؤات البطاقة (٨) (المنافسة الأخوية) :

موضوع عامل (٨ ـ أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (أو الأخت) والأم: بلاكى يستشعر الكراهية.

[الأمثلة: بلاكى لا يحب تبى لأنها كلبة والديها، وسيثار ـ بلاكى يكره تبى وأمه الآن ـ يزداد جنونه بينما يراقب الأحداث)

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار :
أ ـ ٤، ب ـ ٣، جـ ـ ١، د ـ ٣، و ـ بلاكى زعلان بالأكثر من ماما.

موضوعات عامل (٨ ـ ب) : الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية:

(١) التأكيد على سعادة بلاكى:

[أمثلة: يبدو بلاكى سعيداً ـ من المحتمل أن يلحق بهم خلال لحظالت وبالتالى يصبح فى الصورة أيضاً ـ تبى يكافأ لما فعله ما هو جدير بالثناء، وينظر بلاكى بإعجاب ـ إنه فخور بأسرته، حقاً لديهم بعض مواطن الضعف، ولكن ماذا يهم فى ذلك، وهو يتمنى لو كان فى حوزته كاميرا حتى يتسنى له تسجيل هذا المنظر اللطيف للذرية].

(٢) إنكار أو تخفيض هم بلاكى:

[الأمثلة: وهكذا يحاولون ن أستشعر الغيرة، إيه؟ حسناً لن أبالى، وليس فى مقدورهما أن يجعلونى أستشعر الغيرة بأية حال ـ يصبح بلاكى الآن أكثر أعتياداً لفكرة ألا يكون فى المركز من الأهتمام وألا يغدو غضباناً بسهولة ـ بلاكى غير منزعج ولكنه ببساطة يعجب لعلة حصول تبى على الكثير من الإهتمام ـ أن بلاكى يراقب مستشعراً القليل على ما يبدو أو دون أن يستشعر شيئاً بينما الأم أو الأب يلاطفان تبى].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
أ ـ ٢، ب ـ ١، جـ ـ ٣، هـ ـ ٢، و ـ بلاكى مش زعلان من حد.

التفضيلات: يحب البطاقة ـ أفضل بطاقة

موضوع عامل (٨ ـ ج) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت) : مشاعر نبذ قوية.

[الأمثلة: يبدو بلاكى أنه الخروف الأسود بالأسرة(٥) (شخص تافه من أسرة محترمة) ، وهو غير سعيد للغاية لإهماله ـ إما أن بلاكى سيفقد معنوياته تماماً وينخرط فى

البكاء ويصبح مسعوراً، أو أنه سيصير كلباً جانحاً - من المحتمل أن بلاكى يعتقد أنه ما من إمرئ يحبه، ويعتزم الهروب فى نفس هذه اللحظة - يستشعر بلاكى الإساءة والغضب والخيانة - يشعر بأنه مهمل وغير مرغوب فيه، من إمرئ يهمه شأنه، وأنهم حتى لا يرونه»].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
أ - ٤، ب -٢، د - ٢، هـ -٣:

التفضيل: أسوأ بطاقة.

تنبؤات البطاقة (٩) (مشاعر الذنب):

موضوع عامل (٩ - أ) الإنكار الجزئى للذنب: بلاكى فى علاقته بالآخرة أو الله، موت بلاكى نفسه.

[الأمثلة: «يهتز بلاكى ويرتعد حينما يفكر فى ماضيه المرعب حيث يستطيع أن يرى ملاكاً يحكم عليه بجهنم، يرحمه الله» - «يأسف بلاكى أن شأنه مع تبى سيمنعه من ملكوت الكلب - «إذا قتل نفسه فسيذهب بالتأكيد لمكان سئ - الجحيم» - إكتشف بلاكى الدين منذ لحظات وأخذ يقلق ويتساءل عن الموت»].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
ب - ٣، د -٣، هـ -٣، ز -٣.

موضوع عامل (٩ - ب) الكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب: الكراهية تجاه تبى.

[الأمثلة: أستطيع القول بأن بلاكى قتل تبى» - اعتبر المسألة منتهية وقرر قتل تبى» - قد كان قاسياً على تبى إلى أقصى حد والآن يؤنبه ضميره» - «سرق بلاكى طعام تبى لتوه، كان يهنئ نفسه على أعماله الجريئة]

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
ب - ١، د - ١، هـ - ١، ز - ١.

موضوع عامل (٩ - ج) تحديد الذنب المنتشر: سيدوم الذنب طويلاً، مكتئب، قانط.

[الأمثلة: «خرج بنتيجة مؤداها أنه شخصية عديمة القيمة للغاية إذا ما قورن بالكلاب الأخرى - يشعر أنه مكتئب جداً - بلاكى هنا يستشعر الهزيمة والغم وأنه ما من أحد يحبه، وقد يغادر المكان أيضاً]

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:
ب - ٢، هـ - ٢، ز - ٢.

التفضيل: الأسوأ.

تنبؤات البطاقة (١٠) (الأنا المثالى):

موضوع عامل (١٠ - أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات والأب:

يتم تقدير الأب على نحو إيجابى.

[الأمثلة: يعجب بلاكى دائماً بحلاوة شمائل والده ويحلم أنه سيكبر ليكون مثل أبيه وربما أفضل قليلاً - يحلم بلاكى بأنه بالغ وأصبح كلب صيد شهير وقوى وفخم وأنيق، ربما كان أبوه بمثل هذه الصورة أو أنه يريد مجرد ذلك بملء إختياره - يحلم بلاكى أنه سيكون ذات يوم كلب صيد عظيماً كأبيه].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الاستفسار:

أ - اللى بيحلم يه بلاكى بيفكره بأبيه.

ب - لما بلاكى يقارن بين باب واللى بيحلم بيه بابا يفضله.

د - ١، هـ - ١.

التفضيلات: يحب البطاقة - أفضل بطاقة.

موضوع عامل (١٠- ب) الإدراك السلبى للذات وللأب: يتم تقدير الأب والإبن على نحو سلبى.... بلاكى منغمس فى تخييل محقق للرغبة.

[الأمثلة يحلم بلاكى أنه كلب متفوق على الأقران ووسيم للغاية وقوى وذو هيئة مثالية - بالله سأصبح أفضل

كلاب صيد الطيور- هنا فارس فى درع لامع، قوى للغاية - يحلم بما يود أن يكون عندما يكبر].

الإجابات المتنبأ بها عن أسئلة الإستفسار:

ب- بابا مش كويس زى اللى بيحلم بيه بلاكى يقارن بينهم.

جـ-٣، هـ-٣، و-١.

ثانياً: تنبؤات الباحث الخاصة بتوقعات الكلينيكيين بإجابات المفحوص:

التنبوات بالإجابات عن أسئلة الإستفسار(٦):

البطاقة (١) أ-١، ب-١، جـ-٢، د-٢، هـ-٢، و-٢.

البطاقة (٢): ب-٢، جـ-٢، د-٢، هـ-١، و-٢.

البطاقة (٤): ب-٢، جـ-١، د-٢، ز-١.

البطاقة (٨) : أ-٢، ب-٢، جـ-٣، د-١، هـ-٣ - بلاكى ليس زعلاناً من أحد

البطاقة (٩): ب-٢، د-٢، هـ-٢، ز-٢.

البطاقة (١٠): جـ-٣، د-١، هـ-١، و-٢.

سجل قصص المفحوص:

بطاقة (١):

القصة: قبل ان أبدأ كلامى أقول لسيادتك إن ما فيش حيوان يكون إبنه إنسان، أكلم وأحكى على هذه الصورة للحيوان بل مش للإنسان، نا شايف فى الصورة ان بوتى بيرضع من أمه بلذة وشهوة وحاسس أو شايف أمه مبسوطة بيه، وهوبيرضع، بس (س) شايف إن أم بوتى واقفة مسرورة بابنها بوتى وهوبيرضع بزها، وشايف أن بوتى مسرور بالوضع بتاع أمه وهى وقفة بترضعه، بس ما فيش حاجة تانية، وأحب أضيف كلمة.. هذه الصورة توضح أن حنية الأم لابنها زيادة عن حنيتها لأى إنسان تانى غير أولادها (قصدك إيه بإن مافيش حيوان يكون إبنه إنسان؟) فى مبدأ كلامك قلت لن أن الصورة توضح عن بابا وماما وبوتى وبلاكى، طبعاً فى كلامك سيادتك عايزنى أكلم على هذه الصورة بلقب ماما، وطبعاً مش ممكن إنى أوجه الكلام بماما بس.

بطاقة ٢ :

القصة: أنا شايف بلاكى ماشى مبسوط وطوق مامته فى فمه، مش عارف إنه حيذهب بالطوق على فين، جايز إنه رايح يعطيه لوالدته، أو جايز يضعه فى مكان وهو عارفه وشايفه ماشى مبسوط ومسرور، وده دليل على حنية أمه به، وعشان كده محتفظ بالحزام بتاع والدته، بس.

بطاقة ٤ :

القصة: أنا شايف بلاكى مسرور بوضع والده ووالدته، ورايح عليهم وهو فى حالة سرور ، وشايف أن والده ووالدته بيبصوله بحنية وإنبساط، شايف الإنبساط هو المفروض عن كل انسان والحنية، الأب.. بحنية الأب والأم لإبنهم أو أولادهم.

بطاقة ٨ :

القصة: شايف بلاكى بيبص لوالده ولوالدته ولأخوه الصغير بسرور، وشايف إن أمه بتبص إلى بوتى.. لمؤاخذة بوتى اللى هو صغير ده (أشار عليه قلت: تبى) بتبص عليه أكثر من لاكى لن هو الصغير، وشايف أن والده حاطط إيده على ضهره. مسرور بيه ، المقصود من الكلام أن الصغير بيزداد حنيه عن الكبير لأن الصغير بيحتاج مراعاة، وده المطلوب من كل والده ،ووالدة، بس.

بطاقة ٩ :

القصة: شايف إن بلاكى زعلان، ووضعه متغير، وفى حالة غير حالته، وشايف إن أخوه بيرعاه ولم يحبه أن يكون زعلان، فبيراضيه بالوضع إلى هم بيحسوا بيه،

ومن الجايز لازم بلاكى اقتنع من أخوه بوتى، ويرجع إلى وضعه السليم لأن الأخ مهما كان يخاف على أخيه سوا كبير أو صغير، بس.

البطاقة ١٠ :

القصة: شايف بلاكى إنه بيحلم وهو سعيد وإن إحلامه أو حلمه بمعنى أصح مسرور ومبسوط وماشى فى نعيم، ومن الجايز أن حلمه بيحقق أمله أو الحاجة اللى بيفكر فيها بلاكى حتحقق، بس.

النتائج ومناقشتها:

أولاً - النتائج الخاصة بالعوامل:

يعرض الباحث أولاً النتائج المتعلقة بالتنبؤ بالإجابات عن أسئلة العوامل، حيث ينظر لإجابة كل سؤال على حدة ليرى هل تعزز النتيجة التنبؤ كلية، أم هى نصف معززة(٧)، أم هى غير معززة؟(٨)، وما هى الأسئلة غير القابلة للتكذيب(٩)، وما هى النتائج غير المعنية؟ (١٠)، وذلك لدى كل كلينيكى على حدة أولاً، ثم لديهم جميعاً ثانية بالنسبة لكل عامل بكل بطاقة.

ولم يكن من السهل قيام الكلينيكيين بهذه المهمة، إذ أن اسم العامل أخفى عنهم، لأنه لو ذكر لهم لأثر ذلك تأثيراً ضاراً بعملية التنبؤ الطموحة المطلوبة منهم مما سينعكس بدوره على نتائج البحث، هذا بالإضافة إلى صعوبة تحديدهم لمكونات كل عامل من العوامل بإستبعاد بعض الأسئلة بإجاباتها والإبقاء على بعضها الآخر، وهذه الصعوبة يعكسها وجود الأسئلة غير القابلة للتكذيب والنتائج غير المعنية.

وتفصيل النتائج طبقاً لترتيب درجة التعزيز - تقريباً - تأتى على هذا النحو:

الكلينيكى(١) :

* عامل (١٠ - أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب - النتيجة المعززة: أ - الأب، د - ١، ونصف المعززة: ب - الأب مثله، والأسئلة غير القابلة لتكذيب: هـ - ١.

*عامل (١ - أ) اللهفة الفمية - النتيجة المعززة: هـ -٢، و- ١، والأسئلة غير القابلة للتكذيب: جـ -٢، د- ١، والنتيجة غير المعنية: أ- ١.

* عامل (٢ - جـ) الإستياء للحرمان الفمى - النتيجة المعززة: جـ -٢، والنتيجة غير المعنية: و- ٣.

* عامل (١ - جـ) الغلاف السكرى - المعززة: ب- ١، والغير قابلة للتكذيب: أ- ١، و- ١.

* عامل (٤ - أ) الإستغراق الأوديبى غير المقنع - المعززة: جـ - ١، والغير قابلة للتكذيب: د -٣، ز-٢وغير المعنية: ب- ٣.

* عامل (٤ - ب) الإستغراق الأوديبى المقنع - المعززة: د - ٤، والغير قابلة لكذيب: جـ - ٢، ز- ١ أو ز- ٢.

* عامل (٨ - أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (أو الأخت) والأم - المعززة: و (ماما)، غير المعززة: أ- ٤ (أ- ١) . والغير قابلة للتكذيب: ب- ٣، جـ ١، د- ٣، وغير المعنية: هـ -٣.

* عامل (٨ - ب) الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية - المعززة: أ- ٢، غير المعززة: ب- ١ (ب- ٢)، والغير قابلة للتكذيب: جـ -٣، هـ -٢، و (بلاكى مش زعلان من حد).

* عامل (٨ - جـ) النبذ الصالح الأخ (أو الأخت) - المعززة: هـ -٣، الغير قابلة للتكذيب: أ- ٤، ب- ٢، د-٢غير المعنية: (وماما وبابا).

* عامل (١٠ - ب) الإدراك السلبى للذات وللأب - المعززة: هـ -٢، الغير قابلة للتكذيب: ب (بابا مش كويس زيه)، جـ - ٣، و- ١، غير المعنية: د- ٣.

* عامل (٢ - ب) إلتماس إشباع الرغبة - نصف المعززة: و- ٢ أو و- ٣، الغير قابلة للتكذيب: ب- ٣، جـ -١، د -٢، هـ - ١.

وإستكمالاً لما ذكر آنفاً من نتائج فيشير الباحث إلى أنه فيما يختص بعوامل البطاقة (٩) فهى ما بين نتائج غير معززة وأسئلة غير قابلة للتكذيب، وكذلك هو الحال بالنسبة لعاملى (١ ـ ب) النبذ الفمى، (٢ ـ أ) المازحية، وذلك على النحو التالى:

	نتيجة غير معززة	أسئلة غير قابلة للتكذيب
عامل (٩ ـ أ) الإنكار الجزئى للذنب	ب ـ٢(ب ـ١) د ـ٢ (د ـ ١)، هـ ـ٢ (هـ ـ١)	ز ـ٢
عامل (٩ ـ ب) لكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب	هـ ـ ١ (هـ ـ ٢)	ب ـ١، د ـ١، ز ـ١
عامل (٩ ـ جـ) تحديد الذنب المنتشر)	هـ ـ ٢ (هـ ـ١)	ب ـ ٢، ز ـ ٢
عامل (١ ـ ب) النبذ الفمى	ب ـ ٣ (ب ـ٢)	أ ـ٢، د ـ٢، هـ ـ٢، و ـ٢
عامل (٢ ـ أ) المازحية	جـ ـ٣ (جـ ـ١)	٢ ـ ١

وإجمالاً للنتائج يمكن القول بأنه يوجد لدى هذا الكلينيكى إثنتا عشرة نتيجة معززة، ونتيجتان نصف معززتين، وتسعة نتائج غير معززة، وستة وثلاثون سؤالاً ـ فيما يختص بالعوامل الستة عشر ـ غير قابلة للتكذيب بالنسبة لهذا الكلينيكى، وستة نتائج غير معنية.

الكلينيكى (٢):

* (١ ـ ب) النبذ الفمى: المعززة: أ ـ ٢، ب ـ٣، د ـ ٣، هـ ـ ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: و ـ ٣.

* (١ ـ أ) اللهفة الفمية: المعززة: د ـ ١، هـ ـ٢، و ـ١، أسئلة غير قابلة للتكذيب: جـ ـ ٢.

* (٨ ـ جـ) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت) ـ المعززة: أ ـ ٤، د ـ٢، هـ ـ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب ـ ٢.

* (٩ ـ ب) الكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب ـ المعززة: ب ـ ١، د ـ ١، هـ ـ١، أسئلة غير قابلة للتكذيب ز ـ ١.

* (٢ ـ ب) إلتماس إشباع الرغبة ـ المعززة: جـ ـ١، هـ ـ ١، و ـ ٢، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب ـ٣، د ـ ٢.

* (٨ ـ أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (أو الأخت) والأم، المعززة: أ ـ ٤، جـ ـ١، د ـ ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب ـ ٣، و (ماما).

* (١ ـ جـ) الغلاف السكرى ـ المعززة: أ ـ ١، ب ـ ١، النصف معززة(١١): و ـ ١، الغير معنية: جـ ـ٣.

* (٤ ـ أ) الإستغراق الأوديبى غير المقنع ـ المعززة: جـ ـ١، د ـ ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ز ـ ٢.

* (٩ ـ جـ) تحديد الذنب المنتشر ـ المعززة: ب ـ٢، ز ـ ٢، غير المعززة: هـ ٢ (هـ ـ ١).

* (٤ ـ ب) الإستغراق الأوديبى المقنع ـ المعززة: جـ ـ٢، د ـ ٤، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ز ـ ١ أو ز ـ ٢.

* (٩ ـ أ) الإنكار الجزئى للذنب ـ العززة: ب ـ ٣، هـ ـ ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: د ـ ٣، ز ـ ٣.

* (٨ ـ ب) الرديدة العكسشية للمنافسة الأخوية ـ المعززة: أ ـ ٢، هـ ـ ٢، غير المعززة: جـ ـ٣ (جـ ـ ٢)، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب ـ ١، و (بلاكى ليس «زعلاناً» من أحد).

* (١٠ ـ أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب ـ المعززة: د ـ ١، هـ ـ١، النصف معززة: ب، أسئلة غير قابلة للتكذيب: أ (الأب)، د ـ ١، هـ ـ ١.

* (١٠ ـ ب) الإدراك السلبى للذات وللأب ـ المعززة: جـ ـ٣، هـ ـ٣، غير المعززة: و ـ ١ (و ـ ٣)، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب (بابا مش كويس زيه)، و ـ ١.

* (٢ ـ أ) المازحية ـ المعززة: جـ ـ٣، أسئلة غير قابلة للتكذيب: د ـ ١، غير معنية: ب ـ ٣.

* (٢ ـ جـ) الإستياء للحرمان الفمى ـ المعززة: جـ ـ٢، غير معنية: و ـ ٣.

نجد لدى هذا الكلينيكى أن عدد النتائج المعززة بلغ سبعاً وثلاثين، بالإضافة إلى نتيجتين نصف معززتين، ونلاحظ أنه ما من عامل خلا من تعزيز أحد تنبؤاته أو

أكثر (المدى من ١إلى ٤)، وأنه فيما يختص بالبطاقة التاسعة خاصة والتى خلت من النتائج المعززة لكل عواملها الثلاثة لدى الكلينيكى الأول، فقد تعززت سبعة من تنبؤاتها، فى مقابل نتيجة واحدة غير معززة، وثلاثة أسئلة غير قابلة للتكذيب، وذلك لدى الكلينيكى (٢) الحالى.

وكانت النتائج غير المعززة ثلاثة فحسب ألا وهى: عامل (٨ ـ ب): جـ ـ٣ (جـ ـ ٢)، عامل (٩ ـ جـ): هـ ـ ٢ (هـ ـ ١)، عامل (١٠ ـ ب): و ـ ١ (و ـ ٣)، وكذلك وردت ثلاثة نتائج غير معنية وهى:

(أ ـ جـ) الغلاف السكرى: جـ ـ٣، (٢ ـ أ) المازحية:(ب ـ ٣)،(٢ ـ جـ)، الإستياء للحران الفمى: (و ـ ٣)، وبلغت الأسئلة غير القابلة للتكذيب عشرين سؤالاً بينما بلغت هذه الأسئلة لدى الكلينيكى الأول ستة وثلاثين سؤالاً.

الكلينيكى (٣):

* (٨ ـ ب) الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية ـ المعززة: ب ـ ١، جـ ـ٣، هـ ـ٢، و (مش زعلان)، غير المعززة: أ ـ ٢ (أ ـ ٣)، غير المعنية: د ـ ١.

* (٩ ـ ب) الكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب ـ المعززة: ب ـ ١، د ـ ١، هـ ـ١، غير المعززة: ز ـ ١(ز ـ ٢).

* (١٠ ـ أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب ـ المعززة: ب، د ـ ١، هـ ـ ١، غير المعززة: أ، غير المعنية: جـ ـ٤، و ـ ١.

* (١ ـ أ) اللهفة الفمية ـ المعززة: جـ ـ٢، د ـ ١، هـ ـ٢، غير المعززة: و ـ ١ (و ـ٢)، غير المعنية : أ ـ ١، ب ـ ٢.

* (٨ ـ أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (أو الأخت) والأم ـ المعززة: ب ـ ٣، جـ ١، و (ماما)، غير المعززة: أ ـ ٤ (أ ـ ١)، د ـ ٣ (د ـ ١) غير المعنية: هـ ـ٣.

* (١ ـ جـ) الغلاف السكرى ـ المعززة: أ ـ ١، ب ـ ١، غير المعززة: و ـ١ (و ـ٢)، غير المعينة: جـ ـ٢، د ـ٢، هـ ـ ٢.

* (٨ ـ جـ) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت) ـ المعززة: د ـ٢، هـ ـ ٣، غير المعززة: أ ـ ٤ (أ ـ١)، ب ـ٢ (ب ـ ٣)، غير المعنية: جـ ـ٣، و (ماما).

* (١٠ ـ ب) الإدراك السلبى للذات وللأب ـ المعززة: ب (بابا أقل)، و ـ١، غير المعززة: جـ ـ٣ (جـ ـ٢)، هـ ـ ٣ (هـ ـ١)، غير المعنية: أ، جـ ـ ٢.

* (١ ـ ب) النبذ الفمى، المعززة: أ ـ ٢، ب ـ ٣، غير المعززة: د ـ٣ (د ـ١)، هـ ـ٣ (هـ ـ٢)، و ـ٣ (و ـ١)، غير المعنية: جـ ـ٢.

* (٤ ـ أ) الإستغراق الأوديبى غير المقنع ـ المعززة: ز ـ٢، غير المعززة: جـ ـ ١ (جـ ـ ٢)، د ـ٣ (د ـ ٤)، غير المعنية: ب ـ٢.

* (٩ ـ جـ) تحديد الذنب المنتشر ـ المعززة: ز ـ ٢، غير المعززة: ب ـ ٢ (ب ـ ١)، هـ ـ ٢ (هـ ـ ١)، غير المعنية: د ـ ١.

* (٢ ـ ب) إلتماس إشباع الرغبة ـ المعززة: جـ ـ ١، غير المعززة: ب ـ ٣ (ب ـ ٢)، د ـ ٢ (د ـ٣)، هـ ـ ١ (هـ ـ ٣)، و ـ٢ (و ـ ٣).

* (٩ ـ أ) الانكار الجزئى للذنب ـ غير المعززة: ب ـ٣ (ب ـ ٢)، د ـ ٣، (د ـ ١)، هـ ـ٣ (هـ ـ١)، ز ـ٣ (ز ـ ٢).

إن تنبؤات هذا الكيلنيكى توزعت بين أشكال ثلاثة ألا وهى: النتيجة المعززة ـ غير المعززة ـ غير المعنية، وكان مجموعها على التوالى: ٢٧، ٢٦، ١٦، كما نلاحظ أن ثمة عوامل ثلاثة لم يذكر الكلينيكى على أسئلتها أية تنبؤات، وهى: (٢ ـ أ) المازحية: جـ ـ٣، د ـ١، (٢ ـ جـ) الإستياء للحرمان الفمى: جـ ـ ٢، (٤ ـ ب) الإستغراق الأوديبى المقنع جـ ـ ٢، د ـ٤، ز ـ٢، ومن هنا فإن الباحث يعد أسئلة هذه العوامل الثلاثة غير قابلة للتكذيب بالنسبة لهذا الكلينيكى، وعددها خمسة أسئلة.

ومن الجلى أن إتجاه هذا الكلينيكى للتنبؤ بالإجابة عن معظم الأسئلة أدى إلى إزدياد النتائج غير المعززة، وكذلك النتائج المعززة.

الكلينيكى (٤):

* (أ - ب) النبذ الفمى: المعززة: أ - ٢، ب - ٣، د - ٣، هـ -٣، و -٣، غير المعنية: جـ -١.

* (٨ - ب) الرديدة العكسية المنافسة الأخوية: المعززة: أ - ٢، ب - ١، جـ -٣، هـ -٢، أسئلة غير قابلة للتكذيب: و (بلاكى مش زعلان من حد)، غير المعنية: د - ١.

* (٤ - ب) الإستغراق الأوديبى المقنع - المعززة: جـ - ٢، د - ٤، ز - ٢، غير المعنية: ب - ٢.

* (٢ - ب) إلتماس إشباع الرغبة - المعززة: ب-٣، جـ-١، هـ-١، غير المعززة: د - ٢ (د - ٣)، غير المعنية: و - ٢.

* (٨ - جـ) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت) - المعززة: أ - ٤، ب - ٢، هـ -٣، غير المعززة: د - ٢ (د-٣)، غير المعنية: جـ-٣.

* (٤ - أ) الإستغراق الأوديبى غير المقنع - د-٣، ز - ٢، غير المعززة: جـ - ١ (جـ-٣)، غير المعنية: ب - ٣.

* (١ - جـ) الغلاف السكرى - المعززة: أ - ١، ب - ١، غير المعززة: و - ١ (و-٢)، غير المعنية: جـ - ٢، د - ٢، هـ -٢.

* (١٠ - أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب - المعززة: د - ١، هـ -١، أسئلة غير قابلة للتكذيب: أ (الأب)، ب (بابا يفضله)، غير المعنية: جـ - ١، و - ١.

* (١ - أ) اللهفة الفمية - المعززة: جـ -٢، د - ١، غير المعززة: هـ-٢ (هـ-٣)، و - ١ (و - ٢)، غير المعنية: أ - ١، ب - ٣

* (٨ - أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (أو الأخت) والأم - المعززة: ب -٣، د -٣، غير المعززة: أ - ٤ (أ - ١)، جـ - ١ (جـ -٣)، أسئلة غير قابلة للتكذيب: و (ماما)، غير المعنية: هـ -٣.

* (١٠ - ب) الإدراك السلبى للذات وللأب - المعززة: هـ -٣، غير المعززة: جـ -٣ (جـ -٢)، و - ١ (و-٣)، أسئلة غير قابلة للتكذيب: ب، (بابا مش كويس)، غير المعنية د -٣.

* (٩ - ب) الكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب - المعززة: هـ -١، غير المعززة: ب - ١ (ب - ٢)، د - ١ (د - ٢)، ز - ١ (ز-٢).

* (٢ - جـ) الإستياء للحرمان الفمى - غير المعززة: جـ - ٢ (جـ - ٣)، غير المعنية: ب - ٣، د - ٣، هـ ٢.

* (٢ - أ) المازحية - غير المعززة: جـ - ٣ (جـ-٢)، د - ١ (د-٣)، غير المعنية: ب -٣، هـ - ٣.

* (٩ - جـ) تحديد الذنب المنتشر - غير المعززة: ب - ٢ (ب -١)، هـ -٢ (هـ-١)، ز - ٢ (ز - ١)، غير المعنية: د - ١.

* (٩ - أ) الإنكار الجزئى للذنب - غير المعززة: ب -٣ (ب - ٢)، (د-٣) (د-٢)، هـ-٣(هـ-١)، ز-٣ (ز-١).

نلاحظ قلة عدد الأسئلة غير القابلة للتكذيب، إذ أن عددها خمسة فحسب، ألا وهى: عامل (٨ - أ): و (ماما)، (٨ - ب): و (بلاكى مش زعلان من حد)، (١٠ - أ): أ (الأب)، ب (بابا يفضله)، (١٠ - ب): ب (بابا مش كويس) وتوزعت تنبؤات هذا الكلينيكى فى صورة النتائج المعززة وغير المعززة وغير المعنية، فكان عددها على التوالى: ٣٠، ٢٣، ٢١.

وثمة عوامل أربعة لم يتعزز أى سؤال من أسئلتها، وجاءت النتائج غير معززة، أى أننا هنا بإزاء أسئلة قابلة للتكذيب، وجاءت نتائج التنبؤ بها سلبية، وهذه العوامل هى: (٢ - أ) المازحية، (٢ - جـ) الإستياء للحرمان الفمى، (٩ - أ) الإنكار الجزئى للذنب، (٩ - جـ) تحدد الذنب المنتشر.

وفى المقابل نجد أربعة عوامل من نتيجة غير معززة بأسئلتها ومنها ما كادت أن تكون نتائجها معززة كلية، إذ أنه وجد معها نتيجة غير معنية [(١ - ب) النبذ الفمى، (٤ - ب) الاستغراق الأوديبى المقنع]، ومنها ما هى

معززة مع وجود سؤال أو أكثر غير قابل للتكذيب بالإضافة إلى نتائج غير معنية [(٨ ـ ب) الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية (معززة: ٤، غير قابل للتكذيب: ١، غير معنية: ١)، (١٠ ـ أ) الإدراك الإيجابي الصريح للذات وللأب (معززة: ٢، غير قابل للتكذيب: ٢، غير معنية: ٢)].

ومن الملاحظ أن البطاقة التاسعة لم تتعزز التنبؤات بالإجابة عن أسئلة عواملها الثلاثة بإستثناء سؤال واحد [(٩ ـ ب): هـ ـ١].

وبعد هذا العرض للنتائج الخاصة بكل كلينيكي على حدة فإننا نتناول النتائج جميعا الخاصة بمجموعة الكلينيكيين الأربعة معا بالنسبة لكل بطاقة على حدة، باعتبار أن صدق القابلية للتكذيب هنا إنما يتم من خلال صدق التفسير الفاهم والمفسر أو بعبارة أخرى صدق التنبؤ والمتنبئ وبالتالي فإن تعزيز التنبؤ على السؤال ولو لدى كلينيكي واحد منهم يعد بمثابة إحراز لصدق القابلية للتكذيب لهذا السؤال وذلك كما ذكرنا ـ آنفاً ـ.

ويمكن إجمال النتائج الخاصة بالتنبؤ بمكونات العوامل بالبطاقة الأولى لدى مجموعة الكلينيكيين كالتالي:

* (١ ـ أ) اللهفة الفمية ـ المعززة: جـ ـ٢ [٢][١٢]، و د ـ١ [٣]، هـ ـ٢ [٣]، و ـ ١ [٢]، غير المعززة: هـ ـ٢ (هـ ـ٣) [١]، و ـ ١ (و ـ٢) [٢]، الأسئلة غير القابلة للتكذيب جـ ٢ [٢]، د ـ ١ [١] ، غير المعنية: أ ـ ١ [٣]، ب ـ٢ حـ١] ، [ب ـ٣ [١].

* (١ ـ ب) النبذ الفمي ـ المعززة: أ ـ ٢ [٣]، ب ـ٣ [٣]، د ـ٣ [٢]، هـ ـ٣ [٢]، و ـ٣[١]، غير المعززة: ب ـ٣ (ب ـ٢) [١]، د ـ٣ ،د ـ١) [١]، هـ ـ٣ (هـ ـ ٢) [١]، و ـ ٣ (و ـ١ [١]، أسئلة غير قابلة للتكذيب: أ ـ ٢ [١]، د ـ٣[١]، هـ ـ٣ [١]، و ـ٣ [٢] ، غير المعنية: جـ ـ١ [١]، جـ ـ٢ [١].

* (١ ـ جـ) الغلاف السكري ـ المعززة أ ـ ١ [٣]، ب ـ١ [٤] ، نصف المعززة: و ـ ١ [١]، غير المعززة: و ـ ١ (و ـ٢) [٢]، أسئلة غير قابلة للتكذيب: أ ـ ١ [١]، و ـ [١]، غير المعنية: جـ ـ٢ [٢]، جـ ـ٣ [١]، د ـ٢ [٢]، هـ ـ٢ [٢].

وإن فحص هذه النتائج الخاصة بالتنبؤ بمكونات العوامل بالبطاقة الأولى لدى مجموعة الكلينيكيين يتأدى بنا إلى إدراك أننا أحرزنا صدق القابلية للتكذيب بالنسبة للتنبؤات الخاصة بجميع الأسئلة ـ تقريباً ـ ؛ إذ ثمة تنبؤ واحد فحسب نصف معزز وهو الخاص بالعامل (١ ـ جـ) الغلاف السكري (و ـ١).

إن بعض القراء قد تصيبهم الحيرة عندما يضاهون بين هذا الحكم وبين وجود نتائج غير معززة وأسئلة غير قابلة للتكذيب ـ بخاصة ـ، ولكن هذه الحيرة سرعان ما تتبدد إذا أدرك هؤلاء القراء جيداً دلالة القول بأنه يكفي تعزيز التنبؤ على السؤال ولو لدى كلينيكي واحد من المجموعة مما يتضمن أنه قد تكون ثمة نتيجة غير معززة على السؤال الواحد لدى كلينيكي آخر، أو أن يكون السؤال غير قابل للتكذيب بالنسبة لكلينيكي ثالث. وعلى هذا النحو يمكن فهم النتائج المماثلة الخاصة بالبطاقات الأخرى.

وعلى البطاقة (٢) تأتي نتائج صدق القابلية للتكذيب على هذا النحو:

١ ـ عامل (٢ ـ أ) المازجية: تأتي نتيجة التنبؤات معززة على جـ ـ٣ [١] دون د ـ ١.

٢ ـ عامل (٢ ـ ب) إلتماس إشباع الرغبة: تأتي نتيجة التنبؤات معززة على ب ـ ٣، جـ ـ ١، هـ ـ١، و ـ ٢، دون د ـ٢.

٣ ـ عامل (٢ ـ جـ) الإستياء للحرمان الفمي: تأتي نتيجة التنبؤ الوحيد لهذا العامل معززة على جـ ـ ٢.

وعلى البطاقة (٤) تأتي نتيجة التنبؤات معززة على أسئلة العاملين: (٤ ـ أ) الإستغراق الأوديبي غير المقنع، و (٤ ـ ب) الإستغراق الأوديبي المقنع.

وعلى البطاقة الثامنة يتسنى إحراز صدق القابلية للتكذيب بالنسبة لكل أسئلة وأجوبة عواملها الثلاثة:

(٨ ـ أ) الكراهية الصريحة اتجاه الأخ (أو الأخت) والأم، (٨ ـ ب) الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية (٨ ـ جـ) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت).

وعلى البطاقة التاسعة فإن نتائج صدق القابلية للتكذيب كانت كالتالى:

* عامل (٩ - أ) النتيجة معززة: ب-٣، هـ - ٣، أما بالنسبة لـ ز - ٣ فالنتيجة غير معززة (ز - ١، ز-٢) وتأتى (د -٣) غير قابلة للتكذيب.

* عامل (٩ - ب) النتيجة معززة: ب-١، د -١، هـ-١، ما بالنسبة لـ ز - ١ فالنتيجة غير معززة (ز - ٢).

*(٩ - جـ) النتيجة معززة: ب - ٢، ز - ٢، أما بالنسبة لـ هـ-٢ فالنتيجة غير معززة (هـ-١).

وعلى البطاقة العاشرة تتعزز أسئلة وأجوبة العاملين: (١٠ - أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب، (١٠ - ب) الإدراك السلبى للذات وللأب.

ثانياً: التنبؤ بإجابات المفحوص:

أما فيما يختص بتنبؤات الإخصائى الكلينيكى بإجابات المفحوص عن أسئلة الإستفسار فى ضوء قصصه التى مد الكلينيكى بها فحسب ـ كما سبق الذكر فكانت النتائج كالتالى:

نتائج تنبؤات الكلينيكى الأول:

البطاقة (١):

النتائج المعززة: أ- ١/ بـ ١/ د-٢/ هـ-٢/ و-٢

النتائج غير المعززة: ج- ٢ (ج- ١)[١٣]

البطاقة (٢)

النتائج المعززة د-٢/ هـ- ١/ و-٢

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب- ١)/ ج-٢ (ج-٣)

*** البطاقة (٤):**

النتائج المعززة: ب- ٢/ د-٢

النتائج غير المعززة: ج-١ (ج-٢)

الأسئلة عير القابلة للتكذيب: ز- ١

(١٣) النتيجة غير المعززة هى التى بين القوسين

نتائج تنبؤات الكلينيكى الثانى:

*** البطاقة (١):**

النتائج المعززة: أ- ب/ ب- ١/ د- ٢/ هـ-٢/ و-٢

النتائج غير المعززة: ج-٢ (ج-١)

*** البطاقة (٢):**

النتائج المعززة: ب-٢/ د-٢/ هـ-١/ و-٢

النتائج غير المعززة: ج-٢ (ج-٣)

البطاقة (٤)

النتائج المعززة: د-٢

النتائج غير المعززة: ب- ٢/ب-١/ ز- ١/ ز-٢

الأسئلة غير قابلة للتكذيب: ج-١

*** البطاقة (٨):**

النتائج المعززة: أ- ٢/جـ-٣/هـ-٣

النتائج غير المعززة: د-١ (د-٣)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب-٢

*** البطاقة (٩):**

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب-٢/ د-٢/ هـ-٢/ ز-٢

*** البطاقة (١٠):**

النتائج المعززة:- د-١/ هـ-١/ و-٢

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب/ج-٣

*** البطاقة (٨):**

النتائج المعززة: أ- ٢/ج-٣/ د-١/ و- بلاكى ليس زعلانا من أحد

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب-١) هـ-٣ (هـ-٢)

*** البطاقة (٩):**

النتائج المعززة: ....

النتائج المعززة: ب-٢(ب-٣)د- ٢ (د-١)/ هـ-٢ (هـ-٣) ز- ٢ (ز-٣)

* البطاقة (١٠):

النتائج المعززة: د-١/ هـ-١

النتائج نصف المعززة: ج-٣ (ج-٣ أو ج-٢) .

النتائج غير المعززة: و-٢ (و-١)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب.

نتائج تنبؤات الكلينيكى الثالث:

* البطاقة (١):

النتائج المعززة: أ- ١/ ب-١/ د-٢/هـ-٢/ و-٢

النتائج غير المعززة: ج-٢ (ج-١)

* البطاقة (٢):

النتائج المعززة: د-٢/ هـ-١/ و-٢

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب-٣) / ج-٢ (ج-١)

* البطاقة (٤):

النتائج المعززة:ب-٢/ د-٢

النتائج غير المعززة: ج-١ (ج-٢) ز-١ (ز-٢)

نتائج تنبؤات الكلينيكى الرابع:

* البطاقة (١):

النتائج المعززة: أ-/ ب-١/ ج-٢/ و-٢

النتائج غير المعززة: د-٢ (د-١) / هـ-٢ (هـ-١)

* البطاقة (٢):

النتائج المعززة: د-٢/ هـ-١

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب-١)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ج- و

* البطاقة (٤):

النتائج المعززة: ب-٢/ ج-١/ د-٢

النتائج غير المعززة:.........

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ز.

* البطاقة (٨):

النتائج المعززة: أ-٢/ ج-٣/ و- بلاكى ليس زعلانا من أحد.

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب-١) / د-١ (د-٢)/ هـ-٣ (هـ-٢)

* البطاقة (٩):

النتائج المعززة: هـ-٢

النتائج غير المعززة: ب-٢ (ب-٣) / د-٢ (د-١)/ ز-٢ (ز-٣)

* البطاقة (١٠):

النتائج المعززة: ج-٣/ د-١/ هـ-١

النتائج غير المعززة: و-٢ (و-١)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب.

* البطاقة (٨):

النتائج المعززة: ج-٣/ هـ-٣

النتائج غير المعززة: أ-٢ (أ-١) / ب-٢ (ب-٣)/ د-١ (د-٢)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: و.

* البطاقة (٩):

النتائج المعززة: ب-٢/ ز-٢

النتائج غير المعززة د-٢ (د-١)هـ-٢ (هـ-١)

* البطاقة (١٠):

النتائج المعززة:د-١/ هـ-١/ و-٢

النتائج غير المعززة: ج-٣ (ج-٤)

الأسئلة غير القابلة للتكذيب: ب.

جدول نتائج التنبؤ الخاصة بسجل قصص المفحوص لدى مجموعة الكلينيكيين معاً (الأسئلة المقفلة)

النتيجة رقم البطاقة	المعززة	١ - ١	ب - ١	جـ - ١	د - ٢	هـ - ٢	و - ٢		
١	التكرار	٤	٤	١	٣	٣	٤		
	غير المعززة	١ - ١	ب - ١	(جـ - ١)	د -٢ (د -١)	هـ -٢ (هـ -١)	و - ٢		
	التكرار	-	-	٣	١	١	-		
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	١ - ١	ب - ١	جـ - ٢	د - ٢	هـ - ٢	و - ٢		
	التكرار	-	-	-	-	-	-		
٢	المعززة	ب - ٢	جـ - ٢	د - ٢	هـ - ١	و - ٢			
	التكرار	١	-	٤	٤	٣			
	غير المعززة	ب -٢ (ب -١)	ب -٢ (ب -٢)	جـ -٢ (جـ -٣)	جـ -٢ د -٢	هـ - ١	و - ٢		
	التكرار	٢	١	١	٢	-	-		
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	ب - ٢	جـ - ٢	د - ٢	هـ - ١	و - ٢			
	التكرار	-	-	١	-	-	١		
٤	المعززة	ب - ٢	جـ - أ	د - ٢	ز - ١	-	١		
	التكرار	٣	١	٤	-				
	غير المعززة	ب -٢ (ب -١)	جـ -١ (جـ -٢)	د - ٢	ز - (ز - ٢)				
	التكرار	١	٣	-	٣				
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	ب - ٢	جـ - ١	د - ٢	ز - ١				
	التكرار	-	١	-	٣				
٨	المعززة	١ - ٢	ب - ٢	جـ - ٣	د - ١	هـ - ٣	و- بلاكي ابرز(؟) زعلان من احد		
	التكرار	٣	-	٤	١	٢	٢		
	غير المعززة	٢-١ (١-٢)	ب -٢ (ب -٢)	ب -٢ (ب -٣)	جـ - ٣	د -١ (د -٢)	د -١ (د -٣)	هـ -٣ (هـ -٢)	
	التكرار	١	٢	١	-	٢	١	٢	
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	١ - ٢	ب - ٢	جـ - ٣	د - ١	هـ - ٣	و		
	التكرار	-	١	-	-	-	٢		
٩	المعززة	ب - ٢	د - ٢	هـ - ٣	ز - ٢				
	التكرار	١	-	١	١				
	غير المعززة	ب -٢ (ب -٣)	د -٢ (د -١)	هـ -٣ (هـ -٢)	هـ -٣ (هـ -٢)	ز -٢ (ز -٣)			
	التكرار	٣	٣	١	١	٢			
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	ب - ٢	د - ٢	هـ - ٣	ز - ٢				
	التكرار	١	١	١	١				
١٠	المعززة	ب	جـ - ٣	د - ١	هـ - ١	و - ٣			
	التكرار	-	١	٤	٤	٢			
	نصف المعززة	جـ -٣ أو جـ -٢							
	التكرار	١							
	غير المعززة	ب	جـ -٣ (جـ -٤)	د - ١	هـ - ١	و -٣ (و -١)			
	التكرار	٢	١		-	٢			
	الأسئلة غير القابلة للتكذيب	ب	جـ - ٣	د - ١	هـ - ١	و - ٣			
	التكرار	٢	١	-	-	-			

عرضنا - آنفاً - نتائج التنبؤ الخاصة بسجل قصص المفحوص بالنسبة لإجابة كل سؤال من اسئلة الاستفسار؛ حيث تعد النتيجة معززة إذا ما قابلناها لدى أى من الكلينيكيين - كما سبق أن ذكرنا، ووجدنا - كما هو مبين بالجدول أن الغالبية العظمى للنتائج تعد معززة للتنبؤات؛ إذ شذ عن هذا التعزيز: بطاقة (٤) - ز/ بطاقة (٨) - ب/ بطاقة (٩) - د/ بطاقة (١٠) - ب، ولعله من الصواب - من قبيل الحذر والحيطة - التأنى فى اصدار الحكم على هذه النتائج الأخيرة بأنها مكذبة حتى تتاح الفرصة لتكرار هذه التجربة على عدد أكبر من الكلينيكيين.

والنتائج المذكورة تبين لنا مدى صدق القابلية للتكذيب لدى كل إكلينيكى من الإكلينيكيين الأربعة، بمعنى اختلاف الحكم عليهم - من حيث الصدق - من كلينيكى لآخر - طبقاً لصدق تنبؤاته -، ومن هنا فالصدق نسبى يرتبط بمفسر (متنبىء) بعينه، وذلك فى هذه المرحلة لصدق التفسير الفاهم والمفسر (صدق التنبؤ والمتنبئ)، كما وأنه يمكن القول - أيضاً - فى نفس الوقت بأن جميع أسئلة الاستفسار يمكن الحكم عليها بأنها قابلة للتكذيب، أى أننا بصدد مزاوجة فريدة بين صدق الأداة وصدق التفسير والمفسر معاً فى آن واحد.

والكلينيكى - هنا - يتأتى لتفسير فاهم بعينه مضمر فى ذهنه لا يعبر عنه صراحة، بعد إطلاعه على قصة المفحوص، ويسقطه على المستقبل فى صورة تنبؤ بالنتائج (الإجابات) التى يسفر عنها تطبيق الاستفسار بأسئلته المختلفة.

وإذا ما فحصنا النتائج غير المعززة والأسئلة غير القابلة للتكذيب، فإننا نجد أول هذه النتائج والخاصة بالبطاقة الرابعة [ز-١ (ز-٢)، «والمتمثلة فى أنه يفضل أن «ماما (وليس الأب) تنساب بره وهى بتبص على بلاكى وبابا وهما مع بعض.. ترجع - فى تقدير الباحث - إلى أن الكلينيكيين لم يفطنوا لما تحتويه القصة من مؤشر يساعد على التنبؤ الصحيح؛ إذ جاء فى القصة تفضيل دائم للأب يتمثل فى ذكره متقدما على الأم فى عدة مواضع تختتم على هذا النحو «.. الأب.. بحدية الأب والأم لابنهم أو لأرلادهم»، مما يعد مؤشرا يساعد على التنبؤ الصحيح.

والنتيجة الثانية الخاصة بالقصة على البطاقة (٨) .. ب - ٢ هو شاعر أن تبى يستحق شوية ومدح ، بس مش ده كله «فإن الباحث بفحصه لقصة المفحوص تأدى إلى أنه ليس بها مؤشر يتيح الفرصة للتنبؤ المعزز من قبل الكلينيكى، وكذلك الأمر - أيضاً - فيما يختص بالنتيجة الثالثة والمتعلقة بالقصة على بطاقة (٩) .. د-٢، أما النتيجة الرابعة والأخيرة والخاصة بالبطاقة (١٠) .. س - ب فيقتصر على الإشارة إلى ما ذكر عنها تعقيبا على الجدول.

ومقارنة نتائج تنبؤ الكلينيكيين بالعوامل بتلك الخاصة، بالإجابات عن أسئلة الاستفسار بسجل المفحوص تأتى على هذا النحو:

* بطاقة (١) كل النتائج معززة باستثناء نتيجة واحدة نصف معززة، وذلك بالنسبة للتنبؤ بمكونات العوامل ، وتأتى كلها معززة بالنسبة للمفحوص.
* بطاقة (٢) - معززة: ٦، غير معززة: ٢ (العوامل) / معززة: كلها ما عدا (جـ - ٢) بالنسبة للمفحوص.
* بطاقة (٤) - معززة: كلها (العوامل) معززة: كلها ما عدا (ز-١) بالنسبة للمفحوص[١٥].
* بطاقة (٨) - معززة: كلها (العوامل)/ معززة: كلها ما عدا (ب-٢) بالنسبة للمفحوص.
* بطاقة (٩) - معززة: ٧، غير معززة: ٤، غير قابلة للتكذيب: ١(العوامل) / معززة كلها ما عدا (د-٢) بالنسبة للمفحوص.
* بطاقة (١٠) معززة: كلها (العوامل)/ معززة: كلها ماعدا (ب) بالنسبة للمفحوص

نتائج الأسئلة المفتوحة بتقدير العوامل:

كانت تنبؤات الكلينيكيين للسؤالين المفتوحين على بطاقة (٤) غير مبينة بعاملى (٤ ـ أ)، (٤ ب) باستثناء واحد منهم إذ ذكر أن الأب «حينبح عليه (الابن)»، وكان السؤالان كالتالى:

هـ ـ إيه اللى حيعمله بابا لو هو شاف بلاكى بيبص عليهم؟

و ـ إيه اللى حتعمله ماما لو هى شافت بلاكى بيبص عليهم؟

نتائج الأسئلة المفتوحة بسجل المفحوص:

* البطاقة (٤): جاءت إجابة المفحوص عن السؤالين (هـ ، و) المتعلقين بما يفعله الأب والأم عندما يريان أن بلاكى بيبص عليهم تفيدان بأنهما لن يفعلا شيئا ، وكانت إجابة الإكلينيكيين تشير إلى أن الوالدين سينظران إليه بحنية وانبساط، أو سيقومان «بالتربيت» عليه بحنية، أو ينادونه لكى يصير معهم.

بالنسبة للاستفسار عن علة الاختيار بالسؤال (ز)، والخاص باستبعاد أحد الوالدين فإن المفحوص يختار (١) للإجابة، بينما يختار اثنان من الكلينيكيين (٢)، ولا يذكر الاثنان الأخران تنبوأ بعينه (غير مبين)، ومن هنا لا سبيل لمقارنة الإجابة عن السؤال المفتوح (ليه) بين ما ذكره المفحوص وما تنبأ به الكلينيكيون.

* البطاقة (٨) : الإجابة عن السؤال ليه؟ الملحق بالسؤال (و) والذى يفسر مشاعر بلاكى نجد أن حكم الكلينيكين يأتى كما ذكر المفحوص أو يقترب منه: تبى صغير محتاج مراعاة . عشان هو (بلاكى) بيحبهم كلهم»

* البطاقة (٩) : السؤال (أ) والخاص بما يمكن أن يكون قد حدث بين الصورتين ـ الحالية والسابقة ـ فإن موقف الكلينيكيين يأتى غير مبين، أما السؤال (جـ) فالمفحوص يذكر أن الكلب الذى يشاور يفكره بكلب من الكلاب الولف، ومن أجاب من الكلينيكيين لا تقترب إجابته من هذه الإجابة، أما الإجابة على س (و) فيذكر المفحوص أن يراضى (بلاكى) نفسه ويراضى أخيه ووالدته، بس، ولدى الكلينيكيين اللذين أجابا فإنهما يذكران أن بلاكى «يرجع إلى وضعه السليم»، أى يرجع إلى حالته ومشاعره الطبيعية وما يكتنفها من رضى.

* البطاقة (١٠) :يذكر المفحوص بأن الكلب الذى يحلم به يفكره «من الكلاب الحنينةوالمسعورة والمسرورة»، بينما يشير الكلينيكيون إلى أفراد أسرته من الكلاب.

نتائج التفضيلات:

وعند مقارنة التقدير العاملى الفعلى بالتنبؤ الكلينيكى فيما يختص بتفضيلات البطاقات (غير معنية ـ محبوبة ـ أفضل ـ مكروهة ـ أسوأ)) فإننا نلاحظ التالى بالنسبة لكل بطاقة على حدة:

* بطاقة (١) :

عامل (١ ـ أ) اللهفة الفمية: ثمة اتفاق بين التقدير (العاملى الفعلى) والتنبؤ (الكلينيكى) من قبل واحد من الكلينيكيين فيما يختص بفنه غير معنية بالإضافة إلى الحكم بأن البطاقة محبوبة من قبل ثلاثة من الكلينيكيين.

عامل (١ ـ ب) النبذ الفمى: يختلف التنبؤ الكلينيكى عن التقدير العاملى إختلافاً كلياً فبينما البطاقة فى هذا العامل غير معنية فإنه توجد أحكام تفضيلية من قبل الكلينيكيين.

عامل (١ ـ جـ) الغلاف السكرى: بينما تنبؤ ثلاثة من الكلينيكيين غير مبين، فالكلينيكى الرابع تنبؤه أن البطاقة «أفضل بطاقة، مما يتفق مع التقدير العاملى.

* بطاقة (٢) :

عامل (٢ ـ أ) المازجية: يشترك التقدير العاملى مع التنبؤ الكليديكى ـ من قبل ثلاثة من الكلينيكيين فى الحكم على البطاقة بأنها «محبوبة» مع زيادة «أفضل» بالتقدير العاملى، والتنبؤ بأن البطاقة غير معنية من قبل واحد من الكلينيكيين.

عامل (٢ ـ ب) إلتماس إشباع الرغبة: الإشتراك بين التقدير والتنبؤ فى اعتبار البطاقة «غير معنية»، مع زيادة التنبؤ بأنها «مكروهة» من قبل إثنين من الكلينيكيين.

عامل (٢ ـ جـ) الإستياء للحرمان الفمى: الاشتراك فى الحكم على البطاقة بأنها أسوأ بطاقات الإختبار، مع زيادة غير معنية ومكروهة بالنسبة للتنبؤ الكلينيكى.

* بطاقة (٤):

عامل (٤ ـ أ) الإستغراق الأوديبى غير المقنع: الإشتراك فى اعتبار البطاقة «غير معنية» «مع زيادة التنبؤ الكلينيكى بأنها مكروهة وأسوأ بطاقة.

عامل (٤ ـ ب) الإستغراق الأوديبى المقنع: الإشتراك فى اعتبار البطاقة «غير معنية» مع زيادة التنبؤ عليها من قبل ثلاثة من الكلينيكيين بأنها مكروهة.

* بطاقة (٨):

عامل (٨ ـ أ) الكراهية الصريحة تجاه الأخ (الأخت) والأم: الإشتراك فى إعتبارها «غير معنية» مع زيادة التنبؤ بأنها «مكروهة» و«أسوأ» بطاقة من قبل إثنين من الكلينيكيين.

عامل ٨ ـ ب) الرديدة العكسية للمنافسة الأخوية: الإشتراك فى اعتبارها «محبوبة» و«أفضل» بطاقة، مع زيادة «غير معنى» من قبل أحد الكلينيكيين.

عامل (٨ ـ جـ) النبذ لصالح الأخ (أو الأخت): الإشتراك فى إعتبارها «أسوأ بطاقة»، مع زيادة التنبؤ بأنها مكروهة أو «غير معنية» من قبل ثلاثة من الكلينيكيين.

* بطاقة (٩):

عامل (٩ ـ أ) الإنكار الجزئى للذنب: الإشتراك فى اعتبارها «غير معنية»، مع زيادة التنبؤ بأنها مكروهة من قبل إكلينيكيين ثلاثة.

عامل (٩ ـ ب) الكراهية الأخوية المستحوذة بالذنب: عين أحكام العامل السابق (٩ ـ أ)

عامل (٩ ـ جـ) تحديد الذنب المنتشر: الإشتراك فى إعتبارها «أسوأ بطاقة» مع زيادة التنبؤ بأنها غير معنية «مكروهة»

* بطاقة (١٠):

عامل (١٠ ـ أ) الإدراك الإيجابى الصريح للذات وللأب: الإشتراك فى اعتبارها بطاقة «محبوبة وأفضل» بطاقة، مع زيادة التنبؤ بأنها «غير معنية».

عامل (١٠ ـ ب) الإدراك السلبى للذات وللأب: الإشتراك فى اعتبارها «غير معنية»، مع زيادة التنبؤ من قبل ثلاثة من الكيينيكيين بأنها «محبوبة» «ومكروهة» «وأفضل» بطاقة.

ومما سبق يتبين لنا أن ثمة خمسة عشر إتفاقاً بين التقدير العاملى الفعلى (تنبؤ الباحث) والتنبؤ الكلينيكى من قبل الكلينيكيين، وأن مساحة الإختلاف تزيد على ذلك كثيرا من زاوية التكرار ككل، أما إذا نظرنا إلى النتائج من زاوية حدوث التنبؤ الصحيح ولو من قبل متنبئ واحد فحسب (صدق التفسير الفاهم [التنبؤ] والمفسر (المتنبئ]، فإننا نجد أن الإتفاق يكاد أن يكون تاماً، إذلا يستثنى منه إلا عامل (١ ـ ب) النبذ الفمى غير معنى بالتقدير العاملى [تنبؤ الباحث] دون التنبؤ الكلينيكى).

نتائج التنبؤ بالتفضيلات بسجل المفحوص:

نجد أن المفحوص إختار خمس بطاقات كصور محبوبة وهى ١ ـ ٢ ـ ٤ ـ ٨ ـ ١٠، والصورة الباقية (٩) كمكروهة، ولدى الكلينيكى الأول فإنه يختار البطاقة (١) كصورة محبوبة، بينما البطاقات الخمسة الباقية فإنها «غير مبينة» والكلينيكى الثانى نجح فى التنبؤ الصحيح بحكم المفحوص على البطاقات جميعاً، والثالث يختار البطاقات جميعاً كصور محبوبة، والرابع يختار البطاقتين (١) (٢) كصور محبوبة بينما الصور الباقية «غير مبينة»، أى هنا ـ يمكن القول بأنه من زاوية صدق التفسير الفاهم والمفسر أو بعبارة

أدق صدق التنبؤ والمتنبئ فإن النتيجة إيجابية تماماً إذا نظرنا بعين الإعتبار لتنبوآت الكلينيكى الثانى بخاصة وتنبؤات الثلاثة الآخرين بعامة . ومعنى هذا كله أنه يمكن - فى المستقبل - اختبار أسئلة تفضيل البطاقات إختبارا مكذبا فى ضوء معيار القابلية للتكذيب.

خاتمة:

وفى نهاية المطاف يحق لنا - بل يجب علينا - أن نتساءل ما الذى تم إنجازه؟ وما ماهيته؟ ولعله يكون واضحاً هذا الذى أنجز، ويتمثل فى خلق نهج جديد من الصدق بالقياس النفسى - فى مجال الأساليب الإسقاطية - إلا وهوصدق القابلية للتكذيب - والذى أشرنا إليه منذ البداية على أنه هدف هذه الدراسة - المحاولة والتى ينجم عنها عقد صلة وثيقة بين القياس النفسى وفلسفة العلم المعاصرة، وهو صدق مؤقت، يقع على الباحثين - بما فيهم كاتب هذه السطور - مهمة تكذيبية ودحضة، لا الدفاع عنه وإثباته فهذه هى مهمة الباحث الذى يأخذ بالمنهج النقدى بمعياره القابلية للتكذيب نمدها لمجال القياس النفسى، كما أنه صدق مؤقت إذ أن الأداة المعنية - هنا - (صور بلاكى) تتعلق بنظرية .. وهى نظرية التحليل النفسى، والنظرية أو القانون - كما بينا منذ البداية - تتسم بأنها مؤقتة، كما ذهب إلى ذلك كارل بوبر.

والمتأمل فى عنوان هذه الدراسة (... صدق القابلية للتكذيب) قد يرى أنه يتضمن مفارقة .. فكيف يكون صدقاً قابلاً للتكذيب فى آن واحد؟، ولكن هذه المفارقة سرعان ما تتبدد، عندما نبين أن قابلية السؤال (بإجابته) للتكذيب إذا ما أتت نتيجة إختباره إيجابية فإن هذا يسفر عنه الصدق الذى نستهدفه، وإذا ما أتت نتيجة إختباره سلبية إنتفى الصدق، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنه عندما يتم إنجاز هذا الصدق فإن الباحثين يسعون - من بعد - لتكذيبه - كما بينا آنفاً -، أى أنه يمكن القول بأن هذا الصدق يقع بين قابليتين للتكذيب.. قابلية أدت إليه، وأخرى يتطلع الباحث إليها لتكذيبه، قابلية قابلية وأخرى بعدية - إن صح هذا التعبير

وأخيراً لعله يمكن القول بأن هذه الدراسة - المحاولة نهجت نهجاً منهجياً فريداً من حيث إستنادها إلى التنبؤ بالتنبؤ أى أن التنبؤ محور الأول هو تنبؤ ثان، وبعبارة أخرى فالباحث - هنا - يتنبأ بتنبؤ الكلينيكى، وتطابقهما يعنى إحراز نتيجة معززة، وإنتفاءه بالحصول على نتيجة أخرى يتضمن إحراز نتيجة غير معززة.

الهوامش

(١) هى مكونات العامل الفعلية التى يحلها الباحث محل تنبؤاته للحكم بالإستناد إليها على صدق تنبؤات الكلينيكيين بهذه المكونات.

(٢) يوجد ملحق نص الإستفسار الخاص بالإختبار لدى الباحث وعلى من يرغب الاطلاع عليه الاتصال به أو بالمجلة.

(٣) كل ما يجعل الشئ جذاباً أو سائغاً على نحو سطحى أو ظاهرى.

(٤) التفضيلات - وكذلك إجابات الأسئلة المفتوحة - ليست موضوعاً لإختبار مكذب كما ذكر - أنفاً -.

(٥) لعل ذلك يقابل فى بيئتنا المصرية التعبير بأنه «اللى سقط من قعر القفة».

(٦) هى الإجابات الفعلية للمفحوص التى يحلها الباحث محل تنبؤاته للحكم بالإستناد إليها على صدق تنبؤات الكلينيكيين بهذه الإجابات.

(٧) النتيجة نصف المعززة هى تلك النتيجة التى لم تحسم الأمر بين تنبؤ صحيح وتنبؤ آخر خاطئ من قبل الأخصائى الكلينيكى، أو إصابة فى الاتجاه الصحيح، ولكنها ليست صحيحة تماماً، فالإجابة عن س. ب بالعامل (١٠ - أ) أن الأب يفضل من الحلم، ومن هنا تأتى إجابة «مثله» فى الإتجاه الصحيح فحسب دون أن تكون بنفس الدرجة من الصحة الواردة فى إجابة السؤال بالعامل المذكور.

(٨) النتيجة غير المعززة - هنا - هى تلك التى لا تعضد تنبؤ الباحث المتعلق بمكونات العامل، ووضعت هذه النتيجة بين قوسين بعد ذكر التنبؤ، وعلى النقيض من ذلك تكون النتيجة المعززة.

(٩) الأسئلة غير القابلة للتكذيب هى أسئلة واردة بإجاباتها بالعامل ولم ترد لدى الكلينيكى، سواء على نحو معزز أو غير معزز.

(١٠) النتيجة غير المعنية تتضمن جابة عن سؤال لم يرد ذكره بالعامل الأصلى.

(١١) خير الكلينكى بين د - ٣ أو و - ١.

(١٢) الأرقام الموجودة بين القوسين تفصح عن عدد الكلينيكيين.

(١٣) النتيجة غير المعززة هى التى بين القوسين.

(١٤) المفحوص لم يفهم هذا السؤال، وبالتالى جاءت أجابة خاطئة بالرغم من تكرار الباحث للمحاولة للحصول على إجابة التى تنم عن فهم السؤال، ولم يعفنا هذا من الحكم بأن هذا السؤال غير قابل للتكذيب لدى اثنين من الكلينيكين ، وغير معزز لدى اثنين آخرين استناداً لما كان يجب عليه أن يكون اتجاه الإجابة، وهذا السؤال فى حاجة إلى إعادة صياغته التى يقترح الباحث أن تكون كالتالى:- لما بلاكى يفكر ويقارن بين بابا وبين اللى فى الحلم، بابا يبقى إيه بالنسبة للى فى الحلم؟

(١٥) كانت إجابة الكلينيكى الرابع «غير مبينة».

١ - أفضل - ٢ - مثله ٣ - أقل منه - (مش كويس).

المراجع العربية

١ - محمد رشاد كفافى، سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطى الحشيش، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير فى الآداب من جامعة عين شمس، ١٩٧٣.

٢ - محمد رشاد كفافى، التحقيق التجريبى (بواسطة القياس النفسى) لنظرية التحليل النفسى عن متعاطى الحشيش، رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه فى الآداب من جامعة عين شمس، ١٩٨١

المراجع الأجنبية

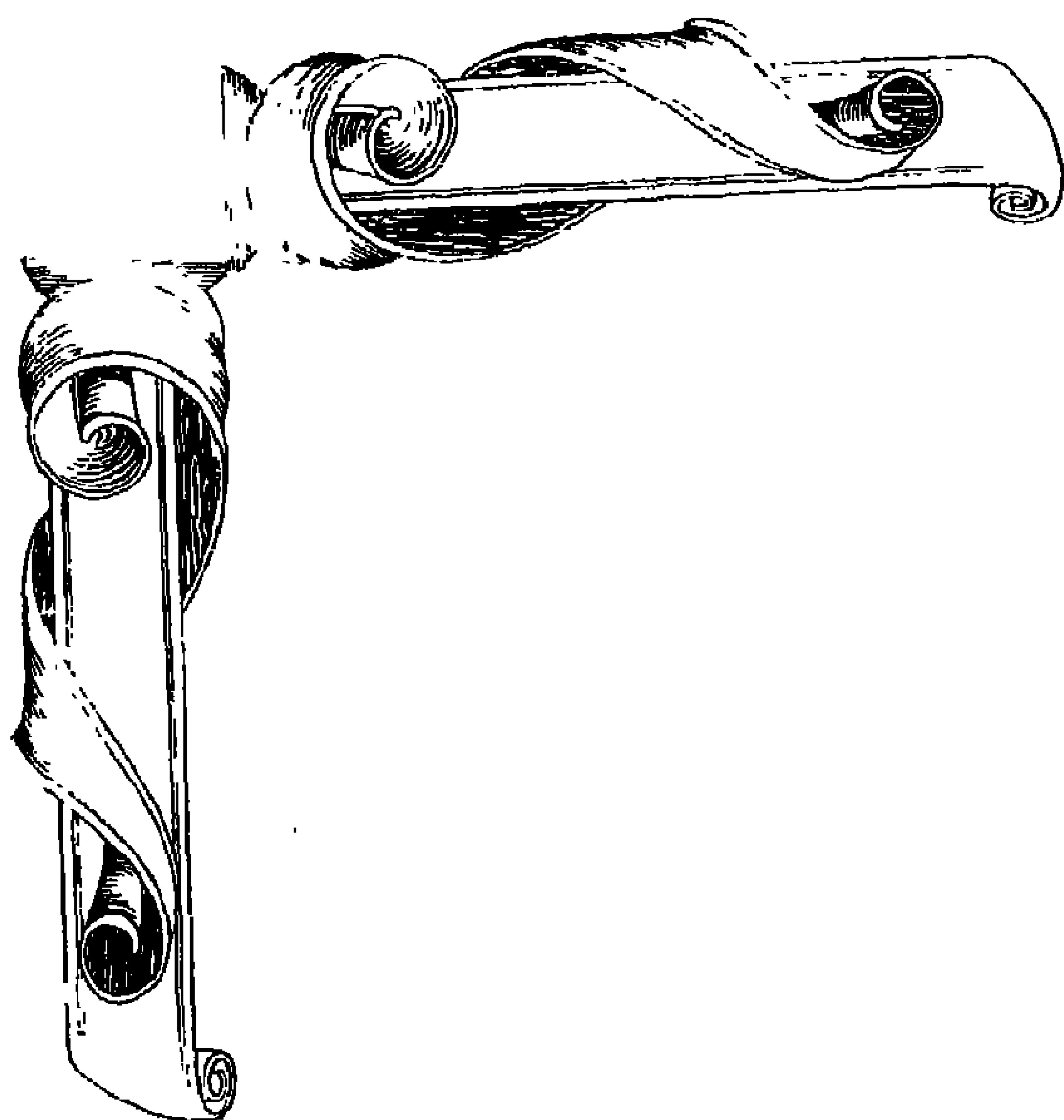
3. **Blum, G.S.** (1950) : The Blacky Pictures: a technique for the exploration of personality dynamics. New york: The psychological Corporation.

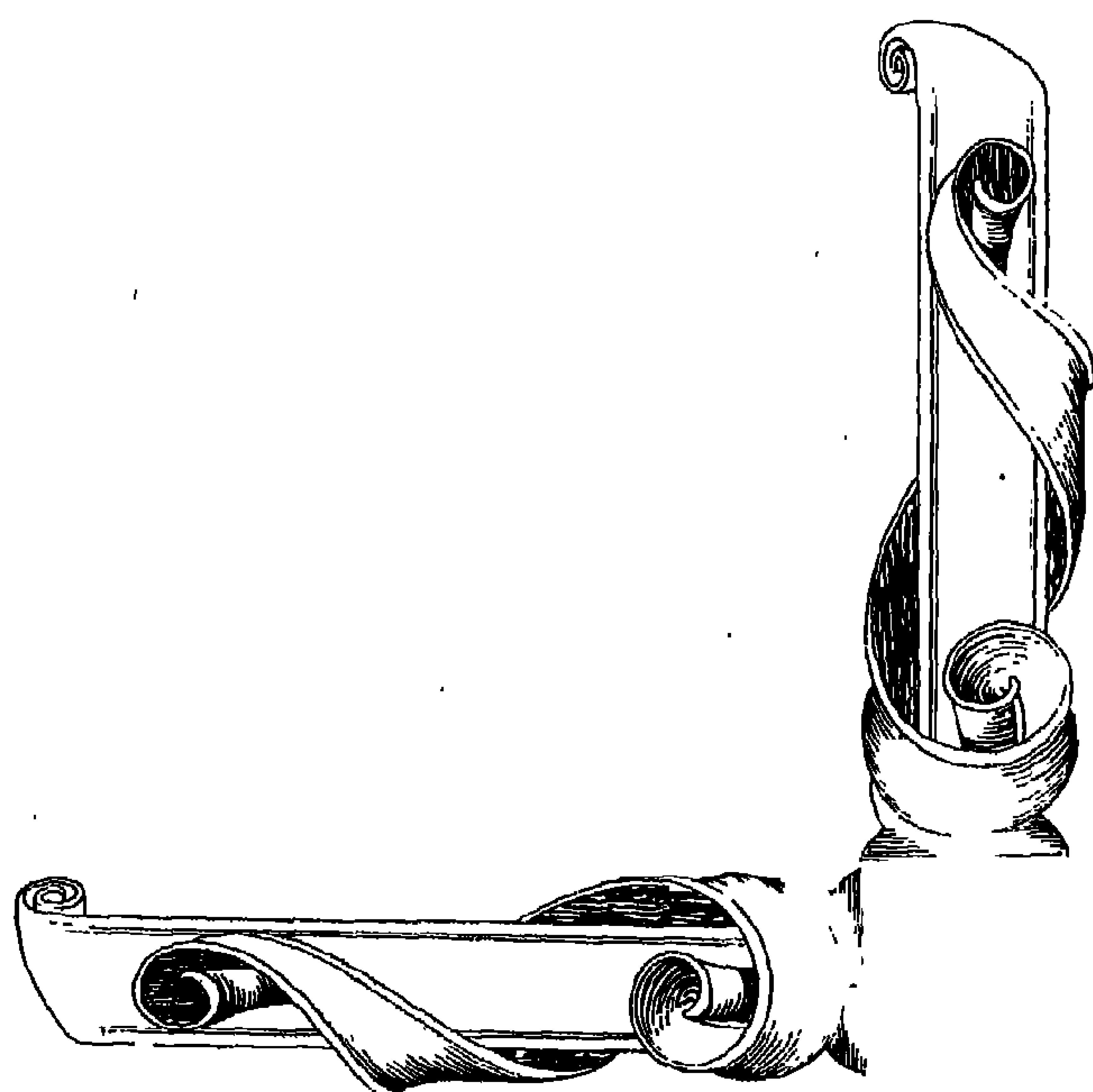
4. **Blum, G.s** (1962): Aguide for research use of the Blacky pictures. J.Proj. Tech., 26-3-29.

5. **Meehl, P.E.** (1973): Some methodological reflections on the dofficulties of psychoanalytic reeaearch. in M. Mayman (ed) psychoanalytic research: Three approaches to the experimental study of subliminal processes. pschol. Issues. , Monogr. 30, 104-117.

6. **popper, K.R.** (1972): conjectures and refutations. London: Routledge & Kegan paul.

7. **Wisdom, j.O.** (1967): Testing an interpretation within a session. int. j. psycho-Anal., 48, 44-52.





تصور علمى لأدوار الاختصاصى النفسى المدرسى

د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة القاهرة

مقدمة

يشير تعريف علم النفس المدرسى School Psy- chology إلى إفادة هذا الفرع التطبيقى الحديث من كل المعلومات والمهارات التى أمكن للاختصاصى النفسى المدرسى أن يحصلها أثناء دراسته كطالب، لجميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، بحيث يوظفها توظيفا مفيدا، عند تقديم أنواع من الخدمة النفسية المتخصصة للتلاميذ والطلاب فى جميع مراحلهم التعليمية، فى مجالات التقدير النفسى Psycho logical Assessment وتقديم الاستشارات النفسية Psychological Consultatios، والتدخل العلاجى المباشر Direct therapeutic intervention، وإجراء البحوث العلمية Scientific researches، وتقويم البرامج Programs evaluation (Corsini, R.J, 1994, v.4 p 351, ApA, 1979 Cutts, 1955).

وينص هذا التعريف صراحة على أن هذا الفرع من علم النفس، يشير- عند تقديم خدمات للتلاميذ والطلاب- إلى ضرورة استرشاده بنموذج الجمع بين النظرية والممارسة التطبيقية/ Theory Practice Model. كما ينص على أن الاختصاصي النفسي المدرسي لابد أن يكون باحثا مطبقا للنتائج التي أكتشفها هو، فضلا عن النتائج العلمية التي توصل إليها الآخرون في مجال التخصص، ولابد أن يكون عالما لديه مجموعة من المهارات التطبيقية، ممارسا لأدوار محددة، ولابد أن يكون قادرا على تقويم ما يقدمه من برامج بنفسه، أو ما يقدمه الآخرون في المدرسة من برامج تربوية وإدارية.

ولعل المصادر العلمية التي يعتمد عليها الاختصاصي النفسي المدرسي في تنفيذه لأدواره تنبع من طريقين، أولهما : النظريات العلمية والقوانين والمبادئ التي توصل إليها علماء النفس في كل الفروع الأساسية والتطبيقية.

ثانيهما : تطبيقات المنهج العلمي والمعرفة العلمية Scientific Knowledge في ممارســة علم النفس المدرسي.

ويأتي على رأس كل هذه المصادر، دراسته لعلم القياس النفسي، والتقويم النفسي والتربوي، وعلم النفس المدرسي، وعلم النفس الارتقائي، ومناهج البحث في علم النفس، وعلم النفس التربوي، والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين والشباب، فضلا عن دراسته لصعوبات التعليم وعلم التأخر العقلي، والفئات الخاصة.

وما يعنينا هنا هو التركيز على علم النفس المدرسي كمهنة نفسية Psychological Profession. فلقد وُلد هذا الناشئ الجديد بكل ما تخلق عنه من أدوار يقوم بها الاختصاصي النفسي المدرسي في البدايات الأولى من القرن العشرين، ومع ذلك لم يمارسه طوال النصف الأول من القرن نفسه، سوى عدد قليل جدا من الاختصاصيين النفسيين في المدارس، ولم تتحدد طبيعة الدراسة فيه كنظام علمي له موضوعاته النفسية المتخصصة، ومناهجه الواضحة، وأهدافه المحددة، إلا في عام ١٩٥٠، (Bergan, J. R., 1985, p. 9). ولكن لكي نكون أمناء على المستوى العلمي، لابد أن نقرر أن مستقبل هذا العلم - كمهنة - مستقبل واعد، ومبشر بالخير العميم. والتطبيقات فيه، وما يقدم من خدمات، شديدة التسارع، ومظاهرها متعددة. منها فتح قسم Division خاص بعلم النفس المدرسي بجمعية علم النفس الأمريكية، وهي الجمعية النفسية التي تضم أكبر تجمع لعلماء النفس من كل التخصصات على مستوى العالم، هذا القسم تم افتتاحه عام ١٩٤٧، ويحمل رقم ١٦. وإبان هذه الفترة ضم هذا القسم ١٦٧ من علماء النفس الذين يحملون شهادة الدكتوراه، ويعملون كاختصاصين نفسيين مدرسيين. ثم تكونت الرابطة الوطنية الأمريكية للاختصاصين النفسيين المدرسيين عام ١٩٦٩ The National Association of School Psychologists (N A SP)، لتحقيق أربعة أهداف، وهي:

(أ) رفعة شأن هذا التخصص علميا، وتشجيع الإهتمام به من قبل المتخصصين في علم النفس.

(ب) وضع معايير وميثاق أخلاقي لمهنة الاختصاصي النفسي المدرسي.

(ج) وضع سياسة علمية لهذا التخصص تعمل على تقدمه، وتوفير كل ظروف الأمن والاطمئنان، وحماية حقوق كل المشتغلين فيه كخبراء مهنيين.

(د) وأخيرا تقديم كل خدمات الصحة النفسية، وتحقيق الرعاية التربوية لكل الأطفال والمراهقين والشباب على اختلاف مشاربهم ومستوياتهم (Farling & Anger, 1979, p. 140)

ولعلنا في مصر ننطلق في هذا المجال، مسترشدين بهذه الأهداف الأربعة، من أجل تطوير هذه المهنة والارتقاء بها، مع حرصنا على الاستفادة من تجارب الآخرين الذين حالفهم التقدم، ونبدأ تطبيقاتنا هنا من حيث انتهوا هم هناك.

ولعل إلقاء نظرة عابرة على التطور التاريخى لمهنة الاختصاصى النفسى المدرسى فى بعض الدول المتقدمة - كالولايات المتحدة الأمريكية - تفيدنا فى الخروج ببعض التوصيات التى ينبغى الأخذ بها من ناحية، وفى تأكيد الثقة فى أنفسنا، لأننا لم نتأخر كثيرا فى إدخال هذه المهنة إلى مدارسنا وجامعاتنا المصرية من ناحية أخرى.

التطور التاريخى لمهنة الاختصاصى النفسى المدرسى:

يمكن أن نتتبع التطور التاريخى لمهنة الاختصاصى النفسى المدرسى عبر فترة زمنية مبكرة، وقعت خلالها أحداثا مهمة عملت على ظهور هذه المهنة أولا ثم ظهور علم النفس المدرسى بعد ذلك.

وتأسيس هذا العلم يشبه - من الناحية التاريخية - تأسيس علم النفس الإكلينيكى. إذ أن هذا الأخير ظهر كمهنة أولا على يد لايتنز ويتمر L. Witmer مؤسس أول عيادة نفسية لعلاج أطفال المدارس عام ١٨٩٦م، ثم ظهر أول كتاب فى علم النفس الإكلينيكى كنظام علمى له موضوع ومنهج وهدف على يد «لوتيت Lottit» عام ١٩٣٥م (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨، ص١٤). ويمكن تلخيص هذه الأحداث تاريخيا على النحو التالى:

(أ) الاهتمام بالدراسة التاريخية للطفل فى أواخر القرن التاسع عشر. وتفاصيل ذلك نوجزها كما يلى:

١- ظهور مجموعة من الدراسات النفسية للطفل على يد «بريير W. Preyer» فى ألمانيا فضلا عن نشره كتابا عن «عقل الطفل» مع دراسة أفعاله المنعكسة عام ١٨٨١م.

٢- وفى بريطانيا، أسس «سولى J. Sully» الجمعية الإنجليزية لدراسة الطفل، فضلا عن نشره لمجموعة من دراسات الطفولة.

٣- وفى فرنسا، نشر «الفريد بينيه A. Binet» بحثا فى عمليات التفكير جاء بعنوان «دراسة تجريبية فى الذكاء» أجراه على طفلتيه.

٤- وفى الدول الاسكندناقية (السويد، والدانمرك)، ثم فى بلجيكا وهولندا، فضلا عن إيطاليا وسويسرا، تطورت حركة الدراسات النفسية، فظهرت فى هذه الفترة مجموعة من الدراسات النفسية للأطفال العاديين الأصحاء.

٥- ونشط هذا التيار فى أمريكا من خلال بحوث التربويين، وعلى رأسهم «جون ديوى»، وستانلى هول أحد مؤسسى جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٨٩٢م (مصطفى سويف وآخرون ١٩٨٥، ص ٣١، ٣٢).

ب - دراسات سوء التوافق لدى الأطفال:

إذا كانت مجموعة الدراسات والأنشطة العلمية السابقة قد تناولت الأطفال الطبيعيين Normal Children بالبحث والتمحيص، فإن هذه المجموعة من الدراسات قد ركزت جهودها على دراسة مشكلات سوء التوافق لدى الأطفال. وفيما يلى ملخص لهذه الجهود:

١- لدراسة سوء التوافق النفسى الإجتماعى لدى الأطفال، تأسست أول عيادة نفسية - كما سبق الإشارة إلى ذلك - عام ١٨٩٦م، على يد «لايتنز ويتمر» بجامعة بنسلفانيا. وكان الهدف من تأسيسها هو دراسة التأخر العقلى لدى الأطفال والمشكلات النفسية الاجتماعية المرتبطة به، فضلا عن رعاية الأطفال غير المتوافقين نفسيا. ثم انتشرت بعد ذلك العيادات النفسية فى باقى المدن الأمريكية الكبرى (Bergan, 1985, p. 10, Cutts, 1955). وكان «ويتمر» يشغل منصب مدير المعمل النفسى الذى أسسه أستاذه ومعلمه المشرف عليه «جيمس ماكلين كاتل J. M. Cattell». وتعود إهتمامات ويتمر بدراسة مشكلات التأخر العقلى إلى عام ١٨٨٩م، حيث كان يحاول علاج صعوبات التعلم لدى صبى Boy يعانى من صعوبة النطق بالإنجليزية. كما حاول علاج تلميذ آخر كان يعانى من صعوبات فى الهجاء Spelling مرتبطة بمجموعة من الإضطرابات فى الإبصار. كما قام بفحص مجموعة أخرى من الأطفال فى مستويات تعليمية مختلفة، كانوا يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة.

ومن جملة كل هذه الجهود قام بنشر نتائج هذه الفحوص والدراسات النفسية فى أحد ملتقيات جمعية علم النفس الأمريكية بدء من عام ١٩٠٤م. ومن ثم بدأ يدعو لتطوير الجهود لتأسيس هذه المهنة الجديدة. كما أشار إلى ضرورة وجود الاختصاصيين النفسيين بالمدارس على اختلاف أنواعها، لتطبيق النظريات النفسية ومبادئ علم النفس لتطوير قدرات الأطفال ومهاراتهم وتنميتها من ناحية، ومواجهة الاضطرابات النفسية والإنفعالية بالتشخيص والعلاج من ناحية أخرى (Ibid)

٢- وبناء على مسح علمى أجراه مجلس مدينة شيكاغو للتربية على الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى أطفال المدارس فى هذه المدينة، تقرر إنشاء مركزا لدراسة الأطفال نفسيا وتربويا لتقديم الخدمات النفسية المتخصصة للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم Learning disabilities والإضطرابات الإنفعالية Emotional.

٣- وبعد تأسيس عيادة ويتمر بثلاث سنوات فقط، تم تعيين فريد و. سميدلى Fred W. Smedley، أول مدير لمركز دراسة الطفل عام ١٨٩٩م، وظل سميدلى ومن بعده دانيال ماكميلان Danial Mcmillan يديرونه حتى عام ١٩٣٥م. وخلال هذه الفترة نما هذا المركز وتطورت أساليب التشخيص الفردى للأطفال. وفى أواخر عشرينيات القرن العشرين انتشرت العيادات النفسية للأطفال، وأنشئت مجالس الممتحنين التى تمنح الشهادات العليا المهنية لممارسة تطبيقات علم النفس المدرسى بمراحل التعليم المختلفة.

٤- أما عن تطور مهنة الاختصاصى النفسى المدرسى، فقد تأخرت حتى قرابة النصف الأول من القرن العشرين، فلم يحدث أى ذيوع أو إنتشار لها إلى أن ظهر مقال علمى غير دقيق على يد سيموندز Symonds تم نشره عام ١٩٤٢م بمجلة علم النفس الإستشارى Journal of consulting psychology، ساق فيه لأول مرة مصطلح «الاختصاصى النفسى المدرسى School psychologist، والخطأ فى مقاله إنطلق من كونه يصف الاختصاصى النفسى المدرسى بإعتباره فردا غير مؤهل مهنيا جاء للتعيين بالمدارس من أجل تطبيق اختبار بينيه ليفرق بين المتأخرين دراسيا والمعوقين دراسيا لكونهم مهملين وليسوا متأخرين عقليا، أو لتطبيق بعض اختبارات الذكاء الجمعى. ولكن دوام الخطأ من المحال، لأن العلم يصحح نفسه، إذ قام فورا «والين Wallin، ١٩٤٢م أى – فى العام نفسه – بتصحيح انطباعات سيموندز، مشيرا إلى عمل الاختصاصى النفسى المدرسى كما كان يمارسه فى شكل أدوار متعددة بمركز شيكاغو لدراسة الطفل، والتى منها تقويم برامج التدخل، والتقدير النفسى والفحوص النوعية المتخصصة، والتدخل المباشر وغير المباشر بالتشخيص والعلاج، فضلا عن إجراءات البحوث العلمية الرصينة.

٥- وفى أواخر الأربعينيات وأوائل الخمسينيات، إزدادت ممارسة هذه المهنة وكثر عدد أفرادها بحيث أصبحوا يبحثون عن منظمات علمية وهيئات تمثلهم وتحمى حقوقهم وتضع لهم قواعد أعمالهم وميثاقهم الأخلاقى. ومن ثم جاء اعتراف جمعية علم النفس الأمريكية بعلم النفس المدرسى والمهنة التى تمارس إنطلاقا منه عام ١٩٤٧م، كما أنشئ القسم السادس عشر بها ليحمل عضوية هذا العلم و المنتسبين له فى كل بقاع المعمورة بعد ذلك بسبع سنوات فقط؛ أى فى عام ١٩٥٤م. ولذلك نشطت برامج التدريب وبرامج الدراسات العليا على مستوى الماجستير والدكتوراه فى هذا التخصص المهنى. وأصبح محظورا أن يمارس الاختصاصى النفسى المدرسى أدواره فى المدرسة إلا بعد حصوله على الماجستير والدكتوراه.

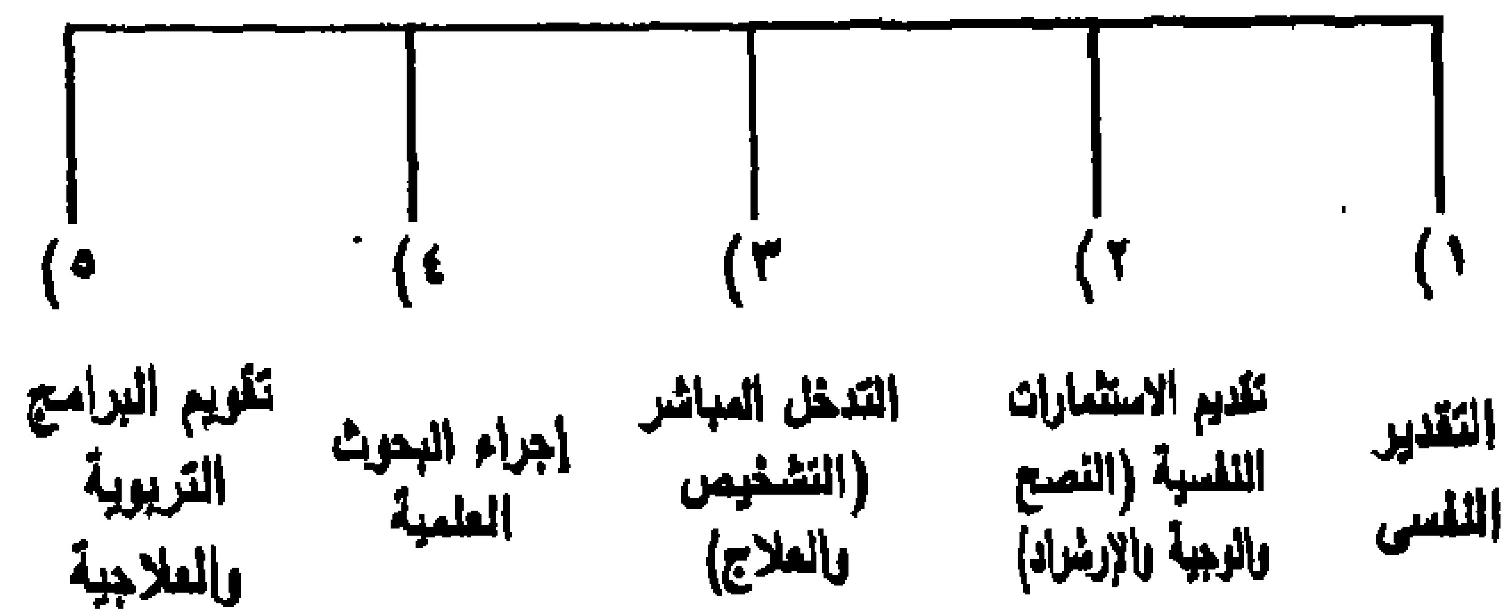
٦- وفى عام ١٩٥٥م، عقد أول مؤتمر باسم «مؤتمر ثيير The Thayer Conference، لمناقشة قضايا تدريب الاختصاصى النفسى المدرسى، وإعداد برامج متخصصة فى ذلك حتى يمكنه تقديم خدمة نفسية

متخصصة للأطفال والمراهقين وشباب الجامعات، ومن ثم تحديد أدواره، وتوصيفها..

٧- وأخيرا ظهر إلى الوجود «الرابطة الوطنية الأمريكية للاختصاصيين النفسيين المدرسيين National association of school psychologists (N A S P) عام ١٩٦٩م، لإنجاز الأهداف الأربعة السابق الإشارة إليها في صدر هذا المقال، ومن ثم فقد قامت ببلورة أدوار الاختصاصي النفسي المدرسي ووظائفه على النحو التالي:

قبل تحديد هذه الأدوار وتوصيفها، نود أن نشير بداية إلى أن هذه الأدوار تتعدد بتعدد أوجه الإضطرابات والمشكلات السلوكية التي يعاني منها التلاميذ في المدارس بكل أنواعها والطلاب في الجامعات، ولكن أهم الأدوار التي حددتها هذه الرابطة فضلا عن موافقة جمعية علم النفس الأمريكية عليها، هي: التقدير النفسي Psychological Assessment، والاستشارات Consultations، والتدخل المباشر Direct intervention، وإجراء البحوث العلمية Scientific researches، وتقويم البرامج Programs evaluation. وتعكس الأدوار الثلاثة الأولى تطبيق مبادئ علم النفس ونظرياته، في حين يعكس الدوران الآخران (٤،٥)، إتقان الاختصاصي النفسي المدرسي لتصميم البحوث ومناهج البحث في علم النفس، بالإضافة إلى إتقانه لتقويم برامج التربية وأساليب التدريس، والتدخل العلاجي، وهي أدوار تتطلب تجديداً للمعرفة النفسية باستمرار وإحياء للمعلومات وإثراء لها.

أدوار الاختصاصي النفسي المدرسي



وفيما يلي عرض تفصيلي لكل منها:

١- التقدير النفسي والفحوص النوعية:

يعد التقدير النفسي وإجراء الفحوص النوعية للحالات المشكلة من أقدم الأدوار التي يقوم بها الاختصاصي النفسي بصفة عامة، وأشدها رسوخا واستقرارا، وبهذا الدور ذاع صيته في هذا التخصص التطبيقي وغيره من التخصصات النفسية التطبيقية الأخرى، كعلم النفس الإكلينيكي مثلا. «ويقصد بالتقدير النفسي تلك المهارة التي يتمتع بها الاختصاصي النفسي والتي تجمع بين النظر العلمي والممارسة عند تطبيقه للاختبارات النفسية وتصحيحها وإستخلاص المعاني النفسية والدلالات من الدرجات التي يحصل عليها الفرد، وإحداث التكامل بينها في تقرير يعبرعن كل حالة على حدة» (الصبوة، ١٩٩٠، ص ٨). أو هو مجموعة من الإجراءات والخطوات التي يقوم بها الاختصاصي النفسي المدرب لأهداف متعددة تطلب منه.

ومن نافلة القول أن نذكر أن ما كان يقوم جيمس ماكلين كاتل من تطبيق للإختبارات النفسية في جامعة بنسلفانيا، ومن بعده تلميذه لايتنر ويتمر في أواخر القرن التاسع عشر، أبلغ دليل على ممارستهما لهذا الدور قديما، وهو ما جلب لعلم النفس الكثير من الاعتراف الاجتماعي بدوره في خدمة قضايا المجتمع الجامعي والمدرسي.

كما أن ظهور أول بحث لألفيرد بينيه عام ١٨٨٦م بعنوان «سيكولوجية الإستدلال»، كاعتراض على النزعة الفزيولوجية التي غلبت على دراسات معمل فونت، وكذلك صدور دراسته عن التفكير تحت عنوان «الدراسة التجريبية للذكاء» عام ١٩٠٣م، يعد دليلا علميا على استخدام التقدير النفسي لأهداف البحث العلمي التطبيقي. زد على ذلك تعيينه عضوا في لجنة بوزارة التربية والتعليم بفرنسا، مهمتها إعادة النظر في الفصول الخاصة للتفرقة بين المتأخرين عقليا بسبب ضعف قدراتهم وليس بسبب إهمالهم. والمتأخرين دراسيا بسبب الإهمال وليس بسبب

تدنى قدراتهم ، ووضع أداة هى عبارة عن إختباره فى الذكاء العام والذى لازال يستخدم حتى اليوم، إلا دليلا على توظيف التقدير النفسى لفرز وتصنيف التلاميذ والطلاب، وتوجيههم لتلقى ألوان الدراسة والمعرفة التى تتفق وطاقاتهم وقدراتهم. وهذا هو لب ما يقوم به الاختصاصى النفسى المدرسى "School psychologist" حين يطلب منه تحديد الأطفال الذين يجب أن يتعلمون من خلال برامج التربية الخاصة، وفق طرق مختلفة فى التدريس تتفق وما لديهم من قدرة على الفهم.

ولذا فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الإختصاصى النفسى المدرسى يقضى أكبر نسبة من وقته فى عمليات التقدير النفسى وكتابة التقارير النفسية بالمقارنة إلى ما يقضيه من وقت فى ممارسته لبقية الأدوار الأخرى (Ramage, 1979)، وعلى ذلك لا ينبغى أن ينظر إلى هذا الدور على أنه هامشى، أو مجرد مساعدة يقدمها السيكولوجى المدرسى للجهات التى تطلبها عن حالة بعينها، ولكن ينبغى النظر إليه على أنه خدمة مهمة جداً تقدم للأطفال أو المراهقين فى المدارس، والطلاب الشباب بالجامعات، لأن التقدير النفسى وإجراء الفحوص النوعية قد يستفاد منه فى تحديد وجود أى إضطراب ومدى وحجم هذا الإضطراب لأغراض التحديد والاكتشاف المبكر early detection، أو التشخيص diagnosis، أو لأهداف المتابعة Follow up، أو لأهداف الوقاية prevention، أو لأهداف الإرشاد النفسى Councelling، أو لأهداف العلاج النفسى Psychotherapy المتخصص أو لاتخاذ قرار محدد فى شأن الحالة، أو لتحديد المسئولية عن فعل أو تصرف محدد قامت به الحالة. وقد يستفاد منه فى التأهيل والإستيعاب، ورفع كفاءة التقرير النفسى عن الحالة. ومن أجل ما سبق، فإن السيكولوجى المدرسى فى سبيل تحقيقه لأهداف هذا الدور لابد من أن يقوده نموذج العالم الممارس للمهنة Scientist / Practioner Model، ولابد وأن يستخدم كل ما يملكه من أدوات واختبارات نفسية ومناهج التشخيص التى تم تدريبه عليها، كالمشاهدة العيادية Clinical observation، والمقابلة Interview، ودراسة تاريخ الحالة Case history، والرجوع للملفات Files الصحية، والأهل لجمع معلومات موثوق بها تجعل التقدير النفسى شديد الدقة، وأن يوظف كل معلوماته فى إعطاء تفسيرات علمية نوعية تدور حول كل حالة بعينها، مع البعد عن تقديم تفسيرات عامة فضفاضة يمكن تطبيقها على كل فرد.

ولكى يؤدى هذا الدور بنجاح، فلا بد من إعداده إعداداً علميا جيدا وإكسابه مهارات تطبيق الجديد من الإختبارات النفسية، وحصوله على دراسات علمية فى هذا المجال، وخضوعه بشكل مستمر لدورات علمية متخصصة وورش تدريب وعمل للحفاظ على مستواه.

وعلى الرغم من أن السيكولوجى المدرسى يدرك أهمية التقدير النفسى، فإن الغالبية العظمى منهم باتت تنادى بضرورة أن تقل أنشطتهم فى القيام بهذا الدور ليتمكنوا من أداء الأدوار الأخرى (Meacham & Peckham,1978,Ramage, 1979) وهناك محاولات جادة لتقليل التأكيد على التقدير النفسى، ومع ذلك فإن هناك محاولات لتوسيع رقعة هذا الدور من خلال تطبيقات علم النفس المدرسى (Bergan, 1985, p.17). فعلى سبيل المثال، يؤكد المناصرين للتقدير السلوكى Behavioural assessment قيمته فى تقييم فعالية برامج التدخل الإرشادى والعلاجى التى تستهدف رفع كفاءة التعلم فضلا عن كفاءة التوافق النفسى لدى التلاميذ والطلاب فى مراحل التعليم المختلفة. وبالطريقة نفسها، يؤكد المناصرين لتقويم البرامج Programs evaluation التربوية أهميته فى هذا الصدد (ibid).

وفى النهاية، يقرر كاتب هذه السطور، أننا إذا نظرنا إلى الاختصاصى النفسى المدرسى المهنى الخبير Professional School Psychologist، على أنه عالم مهنى أو عالم ممارس لهذا الدور، فيجب توسيع أنشطة هذا الدور لأهميته، والنظر إليه على أنه مؤشر إيجابى

لهذه المهنة. فالعالم التطبيقى الممارس لا يقوم فحسب بتطبيق المعرفة العلمية المنظمة من أجل أن يمدنا بالخدمات النفسية المتخصصة، بل يقوم أيضا بتقييم تطبيقات النتائج العلمية تجريبيا empirically .

٢- الاستشارات النفسية Psychological Consultations:

منذ إنعقاد مؤتمر ثيير Thayer السابق الإشارة إليه، ينظر إلى دور الاستشارة النفسية على أنه أحد التطبيقات المهمة لنتائج نظريات علم النفس المدرسى. وينهض السيكولوجى المدرسى بهذا الدور بكل ما يتصل به من أنشطة ووظائف نوعية، على أنه ناصح advisor علمى أمين للتلاميذ فى المدارس والطلاب فى الجامعات، وللمعلمين ولإدارة المدرسة ، ولأولياء الأمور، إعتمادا على معلوماته فى الإرشاد النفسى والتربوى وحقائق علم النفس الإرتقائى، وعلم النفس المدرسى Bergan, 1977, 1985 .

ولقد رسخ هذا الدور كإرشاد نفسى وتربوى منذ ما يزيد على أربعين عاما، فقد أجرى Meacham &Peckeam عام ١٩٧٨م مسحا هدفه معرفة مدى التطابق عند أداء هذا الدور بين التدريب والممارسة، حيث طلبا من المشاركين فيه أن يرتبوا من وجهة نظرهم الأدوار التى يقومون بها كمتطلبات لأداء مهنتهم، فكانت النتيجة المباشرة هى إحتلال هذا الدور المكانة الثانية لدى السيكولوجيين المدرسيين بعد التقدير النفسى. وعندما طلب منهم أن يرتبوا هذه الأدوار من حيث أفضليتها بالنسبة لهم، قاموا بوضع هذا الدور على رأس كل الأدوار، وجاء التقدير النفسى فى المرتبة الثانية. ولكن على الرغم من إدراكهم لأهمية هذا الدور، فإنهم قد أقروا بضعف كفاءتهم فيه بالمقارنة إلى كفاءتهم فى أداء دور التقدير النفسى ، لذا فقد طالبوا الجامعات ورابطة السيكولوجيين المدرسيين الوطنية بوضع برامج ذات كفاءة عالية لتدريبهم عليها، مع تنويع هذه البرامج بحيث تلائم التلاميذ والطلاب من ناحية ، والمعلمين وإدارة المدرسة من ناحية أخرى، وأولياء الأمور من ناحية ثالثة وأخيرة، ويحدث كل ذلك من خلال برامج الدراسات العليا لمنح الماجستير والدكتوراه المهنية أو من خلال عقد دورات تدريبية متخصصة فى هذا الجانب كحل مؤقت، مع الأخذ بالحلين على المدى الطويل ، ويعتقد كاتب هذه السطور أن ذلك هو عين ما يجب القيام به فى مصر لتقديم خدمات الإستشارة النفسية والإرشاد النفسى والتربوى.

وما يؤيد مسألة تفضيل السيكولوجيين المدرسيين لهذا الدور على بقية الأدوار الأخرى رغم ضعف كفاءتهم فى أدائه ، أن بعض الدراسات (Landau & Gerken, 1979) قد سجلت الاستقبال الحسن لنتائج هذا الدور من قبل الجمهور المتلقى له، سواء أكان من المعلمين وأعضاء إدارات المدارس أم من التلاميذ والطلاب أم من الفريق المتعاون معهم من الاختصاصيين الإجتماعيين والأطباء النفسيين أم من أولياء الأمور، فضلا عن تأكيد ذواتهم من خلال حلهم للكثير من المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات السلوكية التى يعانى منها التلاميذ والطلاب. كما أشار المعلمون إلى ضرورة الاهتمام بهذا الدور الذى لايمارسه سوى ١٧ ٪ من السيكولوجيين المدرسيين فى مقابل ممارسة ٧١٪ منهم للتقدير النفسى والتربوى، لأنه يساعدهم كثيرا على التوافق مع الطلاب وتوافق الطلاب معهم. وأيد ذلك ٢٣ ٪ من المعلمين وأعضاء إدارات المدارس.

وإذا كان لنا من تعقيب على هذه النتائج ، فمؤداه أنها تشير إلى أهمية الاهتمام بهذا الدور وتحقيق مقتضياته، وإلى مدى إتجاه هذه المهنة لأداء أدوار تميزها عن بقية الأدوار التى يمارسها الأعضاء الآخرين فى فريق الصحة النفسية المدرسية كالإختصاصيين الإجتماعيين والأطباء النفسيين. وبقدر تكامله معهم فى أداء أدواره لخدمة التلاميذ والطلاب، وهذا أمر فى غاية الأهمية، بقدر تأكيدنا إستقلاله عنهم، وتأكيد الإشراف الفنى عليه من قبل المتخصصين الكبار فى مجاله من أساتذة علم النفس

بالجامعات المصرية. ولقد أشار إلى هذا المعنى الذى قصدناه تماما باحثون كبارا فى هذا المجال (Bergan, 1985 p. 17) حينما ذكر ضرورة تعاون المعلمين وإدارة المدرسة مع السيكولوجى المدرسى دون ممارسة أى سلطة فنية عليه أو توجيهه فى عمله المهنى بأى شكل من الأشكال لأن ما يقوم به يختلف تماما عن طبيعة ما يقومون به هم من أدوار ذات طبيعة إدارية فقط، فهم مجرد متلقين لخدمات نفسية منه ينبغى أن يقدموا له الثناء عليها.

إن مجال حماية الأطفال والتلاميذ والطلاب والدفاع عن حقوقهم النفسية تقتضى بالضرورة؛ ضرورة إستقلال السيكولوجيين المدرسيين علميا ومهنيا وإداريا بحيث تشرف عليهم إدارات توجيه نفسى من المتخصصين فى علم النفس، حتى يستطيعون تقديم تقارير دقيقة يقولون فيها كلمة الحق دون خوف أو وجل من أحد. وهذا ما تؤكد عليه هذه الورقة.

٣- التدخل المباشر Direct Intervention:

يرتبط دور الاختصاصى النفسى المدرسى فى التدخل العلاجى المباشر Direct theraputic intervention إرتباطا تاما ووثيقا بدوره فى تقديم الاستشارات النفسية الإرشادية والتربوية. فهو يتعامل مباشرة مع التلاميذ أو الطلاب، ويتدخل بالعلاج النفسى لمساعدتهم فى التخلص من إضطراباتهم أو انحرافاتهم السلوكية. وإذا لم تكن ممارسته المهنية تؤهله للقيام بهذا الدور- كما هى الحال فى مصر - يقوم على الفور بكتابة تقرير عن الحالة بشكل تفصيلى، ويحوله إلى أحد المتخصصين فى علاج هذه الحالة كالأطباء النفسيين أو المعالجين النفسيين الذين يحملون شهادة الدكتوراه، أو تحويله لأحد الاختصاصيين الإجتماعيين المؤهلين لذلك إذا كانت مشكلاته ذات طبيعة إجتماعية، مما يجسد التعاون بين فريق الخدمات النفسية المدرسية والتكامل بينهم من أجل خدمة التلاميذ والطلاب ورعايتهم نفسيا واجتماعيا.

وقد يحدث التدخل بشكل مباشر لدى أولياء الأمور بقدر ما يحدث لدى المعلمين أو إدارة المدرسة أو كلهم جميعا حسب طبيعة المشكلة، وهنا يكون التدخل ليس علاجيا وإنما إرشاديا لتوضيح كيفية تنفيذ برامج ذات خطوات محددة لتخليص الطالب من مشكلاته وإعادته إلى حالة التوافق النفسى الإجتماعى. إذن يأخذ التدخل المباشر من قبل السيكولوجى المدرسى أشكالا متعددة، منها العلاج النفسى، وهذا ما لا ينبغى بأى حال من الأحوال أن يقوم به الاختصاصى النفسى المدرسى فى مصر، لأنه غير مؤهل لأداء هذا الدور، ومنها النصح والإرشاد والتوجيه، ومنها وضع خطط للتعليم العلاجى Remedial tutorial services تسير وفقا لمعلم من المعلمين للقضاء على مشكلات صعوبات التعليم التى يعانى منها بعض الأطفال والمراهقين فى بعض المناهج والمقررات الدراسية، كالعجز القرائى والحسابى والنطق والهجاء والعجز عن الفهم والحسبة .. الخ (Cutts, 1955).

ومنذ إنعقاد مؤتمر ثيير، ويثير قيام السيكولوجى المدرسى بهذا الدور أنواعا من الخلاف والجدل لا حدود لها ولم تنته حتى اليوم بعد، والحجج فى ذلك متعددة، منها أن السيكولوجى المدرسى - وهذا ما يقرره علماء النفس فى الغرب، ناهيك عن موقفنا الآن فى مصر - غير مؤهل من حيث ما تلقاه من تدريب فى ممارسة العلاج النفسى. ومنها أن هذا العمل يجب ألا يقوم به سوى الاختصاصيين النفسيين العياديين (الكلينيكيين) بالتعاون مع الأطباء النفسيين. وهذا ما تؤكد عليه فى هذا الصدد، فليس موقفنا فى مصر بأفضل من الموقف عند ممارسة هذا الدور فى أمريكا أو فى إنجلترا وفرنسا مثلا. وما يؤيد وجهة نظرنا أن لفيفا كبيرا من السيكولوجين المدرسيين يقرون بضرورة تحويل التلاميذ والطلاب لتلقى العلاج النفسى والطبى المناسب على يد السيكولوجيين العياديين والأطباء النفسيين المدربين والمؤهلين للقيام بذلك. ومع ذلك يرفض هذا الأمر فريق آخر منهم، وحجتهم فى الصدد، أنه بعد الحرب العالمية الثانية حصل عدد كبير

من السيكولوجيين على تدريب مكثف ليعملون كاختصاصيين نفسيين عياديين، ولكنهم لم يجدوا فرصة لممارسة المهنة سوى بالمدارس والجامعات. ونحن مع وجهة نظر هذا الفريق لأنهم تلقوا تدريبا ودراسات عليا ليعملوا كمعالجين نفسيين، ولذا فمن الطبيعي أن يقوموا بهذا الدور بكل مقتضياته، بل ويستمرون في النهوض به في السياق المدرسي والتربوي، ولاحرج عليهم . فالأمر من وجهة نظرنا مرتبط بالممارسة وحصولهم على الدراسات والتدريب الذي يمكنهم من القيام بهذا الدور.

ولكن ذلك ليس معناه أن نسمح بوضع مماثل للاختصاصيين المدرسيين في مصر، لأننا لم نقطع أي شوط في هذا الاتجاه، ولذا فتوصي هذه الورقة بضرورة تنبيه أقسام علم النفس في الجامعات المصرية لهذا الوضع، والعمل من الآن على تلافيه، ووضع خطط قصيرة وطويلة الأجل لتأهيل السيكولوجيين المدرسيين للقيام بهذا الدور. وتأخذ هذه الخطط ثلاثة أشكال:

١) على المدى القصير إعداد دورات متخصصة مستمرة ومتكاملة وسريعة على أنواع محددة من العلاج.

٢) إلحاق هؤلاء السيكولوجيين المدرسيين بدبلومات متخصصة في علم النفس المدرسي بكل ما ينهض به من أدوار، مدتها عام واحد.

٣) إعداد برامج للدراسات العليا على مستوى الماجستير والدكتوراه - كخطط طويلة الأجل تجمع بين المبادئ والنظريات العلمية والتدريب والممارسة العلمية على إتقان أنواع محددة من العلاج النفسي والعلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي. ومن المهم أن يرتبط الترقي في السلم الوظيفي للدرجات الأعلى بالحصول على هذه الدورات والدبلومات ودرجات الماجستير والدكتوراه، فضلا عن الخبرات العملية في ممارسة هذا الدور وباقي الأدوار الأخرى عددا من السنين . كما لا يفوتنا أن ننوه بضرورة التنسيق بين قيادات وزارة التربية والتعليم وأقسام علم النفس بالجامعات المصرية لإنجاز هذه الخطط، فضلا عن إتاحة الفرصة لطلاب علم النفس في مستوى ما قبل التخرج وما بعد التخرج للتدريب في المدارس على يد الخبراء الكبار من السيكولوجيين المدرسيين ، شأنهم في ذلك شأن طلاب كليات التربية عند إعدادهم للعمل كمعلمين .

والدليل على صحة طرحنا السابق أن الدراسات التي أجريت في أمريكا لمتابعة ممارسة السيكولوجيين المدرسيين ، والتي لازالت تجرى تشير إلى عدد من النتائج الهامة، منها أن التدخل المباشر في شكل إرشاد نفسي وتربوي، هو الشكل الأمثل وواسع الانتشار حتى اليوم في المدارس بصفة عامة، وليس التدخل المباشر بالعلاج النفسي المتخصص (Ramage, 1979). وفي بحث أجراه «كارول وهاريس» (Carroll & harris 1979) تبين أن السيكولوجيين المدرسيين يمارسون تقديم الإرشاد النفسي والتربوي فقط بالمدارس الثانوية و المدارس الإعدادية أو مايعرف باسم التعليم الإلزامي الذي يجمع بين الإبتدائي والإعدادي.

وميزت دراسة (Meacham & Peckham, 1978) بين دور تقديم الاستشارات النفسية والتدخل العلاجي المباشر - حتى في شكل تعليم علاجي - وجاءت الاستشارات النفسية على قمة التفضيلات للأدوار التي يقوم بها الاختصاصيين المدرسيين، حتى ولو كانت ممارسة العلاج النفسي، وجاء ترتيب العلاج وممارسته في مرتبة وسطى بين كل الأدوار.

الخلاصة أنه لاينبغي السماح لممارسة هذا الدور من قبل السيكولوجيين المدرسيين في مدارسنا المصرية إلا بعد تؤهلهم للقيام به على الرغم من أنه مدرج ضمن برنامج دراسات علم النفس المدرسي، وعلى الرغم مما قام به قديما «لايتنز ويتمر» من ممارسة له . والبديل هو تحويل الحالات لمتخصصين في العلاج ، ولذا ينبغي أن نولي أهمية شديدة لتوفير هذه الخدمة في عيادات الصحة المدرسية وعيادات التأمين الصحي، وما يدفعنا لتقديم هذه

التوصية هو معرفة كاتب السطور بمدى ما يعانيه أطفالنا والمراهقين الشباب من اضطرابات نفسية ومشكلات سلوكية، كالتبول اللا إرادى، والانحرافات الجنسية، ومشكلات المراهقة، وصعوبات التعليم، وصعوبات التوافق بكل أنواعها.

٤ ـ البحث العلمى Scientific recarch

أوصى مؤتمر ثيير Thayer بضرورة تدريب السيكولوجيين المدرسيين على تصميم وإجراء البحوث العلمية كدور أساسي ومهم، بهدف تزويدهم بمعلومات جديدة تكشف عنها هذه البحوث، فضلا عن تنمية هذا التخصص والارتقاء به، وللأسف أفصحت نتائج الدراسات العلمية التى أشرنا إليها سابقا عن ندرة ممارسة السيكولوجيين المدرسيين لهذا الدور كنشاط أساسى. وجاء ترتيب هذا الدور فى الرتبة الأخيرة من حيث تفضيلهم له.

كما أشارت تقاريرهم الذاتية إلى أنهم لا يهتمون بهذا الدور ولايفضلونه على أداء وممارسة أى دور من الأدوار الأخرى. وإذا كان هناك بعض السيكولوجيين المدرسيين الذين يمارسون هذا الدور، فهم لايمارسونه لأنهم يفضلونه، ولكنهم يؤدونه كما لو كانوا مرغمين على أدائه، أضف إلى ما سبق، اقتناعهم بأن مهنتهم وعملهم بالمدارس لايستحق هذه المعاناة، وأنهم ليسوا فى حاجة للقيام بمثل هذا الدور الذى ينبغى أن تقوم به المؤسسات الأكاديمية كمراكز البحوث النفسية وأقسام علم النفس بالجامعات . ولقد أيدت هذه النتائج الدراسية التى قام بها ميدواى وزملاؤه (Medway et al., 1978) حيث تبين لهم أن كل اثنين من ثلاثة مشاركين فى البحث من السيكولوجيين المدرسيين أجريا بعض البحوث العلمية كجزء من مسئولياتهم المهنية أو كجزء من مقتضيات الحصول على دراساتهم العليا Reynolds & Clark, 1984) .

وأحد التفسيرات المطروحة على الساحة العلمية، لتفسير العزوف على أداء هذا الدور هو متغير اختلاف الأماكن والمؤسسات التعليمية التى يمارس فيها الاختصاصيون المدرسيون مهنتهم . فقد تبين من خلال الدراسة التى أجراها «ميداوى وزملاؤه» عام ١٩٧٨، أن مكان العمل له تأثير كبير فى مدى اهتمام السيكولوجيين المدرسيين بإجراء البحوث النفسية، لأنهم لاحظوا أن ٧٥٪ من المدرسيين الذين يعملون بالجامعات يجرون بحوثا علمية رصينة، فى مقابل ٦٠٪ من الذين يعملون بالمدارس. كما قررت الدراسة نفسها أن ٤٥٪ فقط من السيكولوجيين التطبيقيين Applied Psycholigists أمثال من يعملون بالعيادات الخاصة، يجرون بحوثا علمية. وتشير النتائج إلى أن عدد المقالات المنشورة أيضا يتأثر بمتغير مكان ممارسة هذه المهنة، فقد تبين أن ٦٣٪ من السيكولوجيين المدرسيين بالجامعات ينشرون بحوثهم، فى حين يقوم ١٣٪ فقط من الذين يعملون بالمدارس بنشر بحوثهم . ويقوم ١٩٪ فقط ممن يعملون بالمؤسسات الحكومية بنشر أعمالهم البحثية.

ولقد أشرنا مسبقا إلى أن إنتاج البحوث دور ذو أهمية خاصة لتقدم علم النفس المدرسى كمهنة. وينتج العديد من المشكلات اليومية عند ممارسة السيكولوجيين المدرسيين لمهنتهم ، بسبب نقص البحوث التطبيقية التى تساعدهم على تطوير الأداء، وهضم الجديد، واستيعاب الاختبارات الحديثة، وأساليب الإرشاد والتوافق النفسى الحديثة. إن مزيدا من فعالية البحوث التطبيقية لتطوير الأداء والأدوار من شأنه أن يرفع كفاءة الممارسة فى علم النفس المدرسى. ولاننسى دور التمويل فى إنعاش حركة البحث العلمى التطبيقى، ومهارات التخاطب وعرض خطط بحثية محددة على الهيئات التعليمية التى ستقدم هذا التمويل، ومن ثم ينبغى أن يتسلح الاختصاصيون المدرسيون بالعلم والمهارات الاجتماعية التى تجلب لهم مصادر الأموال اللازمة للصرف على البحوث ذات الطابع التطبيقى لتطوير هذه المهنة والارتقاء بها.

٥ ـ تقويم البرامج programs evalution

تتعاظم أهمية تقويم البرامج فى التربية وعلم النفس كدور من أدوار الاختصاصى النفسى المدرسى فى العقود الأخيرة من القرن العشرين. وتعود البدايات الأولى لتجسيد هذا الدور إلى جهود المؤسسات الفيدرالية الأمريكية فى توثيقها لمدى كفاءة وفعالية برامج التربية والتعليم وبرامج الخدمات النفسية التى كانت تشرف على تقديمها (Macher, Phillips & Hover, 1979). وعلى الرغم من أن تقويم البرامج دور ذائع الصيت فى مجالات عديدة فى علم النفس المهنى Professional وفى التربية، فإنه لا يعد نشاطا أساسيا فى علم النفس المدرسى، ولم يدرج ضمن أى بحث من البحوث التى استهدفت تحديد أدوار السيكولوجيين المدرسيين. ومع ذلك تتوافر الآن مجموعة من الأدلة العلمية، تشير جميعها إلى ضرورة تنشيط هذا الدور، وضرورة قيام السيكولوجى المدرسى به على أوسع نطاق (Bergan 1985, Maher, 1979).

ولتقويم البرامج ثلاثة جوانب ينبغى الاهتمام بها، هى على التوالى، مدى مشروعية وصلاحية ودقة البرامج المعدة لتقويم بعض الخدمات النفسية التى تقدم فى المدارس أو أداء السيكولوجيين المدرسيين أو أداء المعلمين والإدارة المدرسية. ومدى ملاءمة البرامج للأهداف المرجوة منها، وعدم تعارض أهداف البرنامج مع النتائج التى ينبغى الحصول عليها منه، والقيم والمحكات والقرارات التى سنحصل عليها من تطبيقه. ومدى تمثيل جزئياته وأهدافه وأنشطته للمهمة التى سيطبق فيها، بحيث يحقق عائدا يوازى الجهود والتكاليف التى ستنفق عليه.

إن الاختصاصى النفسى المدرسى فى وضع ومكانة ممتازة تؤهله الآن للقيام بكل أنشطة هذا الدور بحيث يمثل أحد إسهاماته البارزة على كل الأصعدة؛ فهو يملك مهارات التقدير النفسى، ولديه دراية كافية بعمليات الاستشارة والنصح والإرشاد النفسى، فضلا عن القدرة على اتخاذ القرار، وهو مدرب على تصميم البحوث وإجرائها، ولديه الكثير من مهارات مناهج البحث فى علم النفس، وتتوافر لديه العينات التى تقدم لها الخدمات النفسية والتربوية. إن كل هذه الإمكانات من شأنها أن توجد لنا اختصاصيا نفسيا مدرسيا قادراً بكل المقاييس على تصميم برامج لتغيير العادات والقيم السيئة والاتجاهات، فضلا عن تقويم أثر هذه البرامج، وتحديد أفضل الفترات الزمنية وأفضل الأماكن التى تقدم فيها برامج نفسية أو تعليمية أو تربوية محددة (Bergan, Kratochwill & Luiten, 1980).

ولاشك أن كتيب دليل العمل الصادر عن وزارة التربية والتعليم لابد و أن يتضمن النص اللازم للسماح للسيكولوجيين المدرسيين بممارسة هذا الدور بكفاءة مع توفير كل فرص التدريب التى تمكنهم من القيام بهذا الدور سواء أكان ذلك على المدى القريب أم على المدى البعيد. وإلا ما هو السبيل لتقييم هذه التجربة فى مدارسنا، وتقيم أداء الجهات المشرفة عليها، وتقييم ما يقدم من خدمات نفسية أو اجتماعية أو تربوية أو تعليمية أو كل هذا معا. وحتى لانتخلف عن ركب التقدم فى هذا الميدان الهام، لابد أن نبدأ من الآن فى إعداد الإجراءات اللازمة لتمكين السيكولوجيين المدرسيين من القيام بتقويم نظم الخدمات النفسية التى تقدم بالمدارس والجامعات تحت إشراف فنى من قبل المتخصصين فى هذا المجال. ولابد من إحاطتهم علما بكل النماذج النظرية التى تناقش قضايا برامج التقويم، مثل نموذج تقويم برامج تغيير الاتجاهات وتكوينها، ونموذج القدرة على اتخاذ القرار، والنموذج الموجه لغرس القيم والاعتقادات الفاضلة، ونموذج تقويم برامج التدخل والعلاج النفسى، ونموذج تقويم البرامج التعليمية، ونموذج تقويم البرامج الإدارية. وبهذا فقط يمكن تدريبه على النهوض بأعباء هذا الدور (A P A, 1991,p. 680).

التكامل بين أدوار فريق الصحة النفسية بالمدارس والجامعات:

إن ظاهرة الاضطراب النفسي لدى التلاميذ والطلاب ظاهرة متعددة الجوانب، وكذلك ظواهر الانحراف السلوكي، فضلا عن كونها عند التشكيل والصياغة تتعاضد مجموعة من العوامل في إحداثها، منها ما هو حيوي، ومنها ما هو اجتماعي، ومنها ما هو شخصي. وطبيعة هذه الظاهرة تحتم على أعضاء هذا الفريق أن تتكامل جهوده ولا تتنافر، وأن تتكاتف لمواجهة إنحرافات الطلاب ومساعدتهم على التخلص من المعاناة، تتكاتف الجهود على الرغم من استقلال المهن والأدوار، والمستفيد الوحيد هو الطالب، أو إدارة المدرسة، أو المعلم،أو أولياء الأمور، أو كل هؤلاء جميعا.

والتصور الذي استقر الآن والذي يقود العمل عند تشكيل هذا الفريق الذي تكون من الطبيب النفسي المدرسي School Psychiatrist والاختصاصي النفسي والاختصاصي الاجتماعي المدرسي School Sociologist، والمعلم Teacher وإدارة المدرسة، يقوم على التفاعل المتبادل بين أدوارهم لإنجاح الخدمات التي يقدمونها للتلاميذ والطلاب، وليس هناك من سلطان لأحدهم على الآخر، إلا من جانب جهات الإشراف الفني المباشر لكل تخصص من هذه التخصصات.

وما نوصي به في هذا السياق، هو عدم تهميش دور أي عضو من أعضاء الفريق بناء على تصورات خاطئة، وعدم النظر إلى أي عضو في الفريق على أنه مجرد تابع أو مساعد لعضو آخر له كل المسئولية عن الحالة. كما نوصي بضرورة تحويل الحالة حسب ما تعاني منه من اضطرابات إلى العضو الذي يستطيع مساعدتها وتخليصها من معاناتها بعد كتابة تقرير مفصل يحدد طبيعة هذه المعاناة. ومن الوجهة القانونية، إذا كان بالمدرسة طبيب نفسي مقيم بها للعمل في هذا المجال فيكون هو أول من يستقبل الحالة، ويقرر اللازم لها بالتشاور مع باقي أعضاء الفريق؛ فإذا كانت معاناتها ذات طبيعة عضوية، يبادر هو بتقديم الخدمات الطبية النفسية اللازمة لها، أما إذا كانت معاناتها ذات طبيعة نفسية، فيكون الدور الأكبر للاختصاصي النفسي، وهكذا الحال إذا كانت معاناتها ذات طبيعة إجتماعية، فيكون الدور الأساسي للاختصاصي الاجتماعي.

أما مصادر تحويل الحالة للفريق، أو لأي عضو فيه، فهي إدارة المدرسة، أو المعلم، أو ولي الأمر من الآباء والأمهات، أو أي جهة أمنية أو قانونية. وتحول الحالة للإجابة عن أسئلة محددة خاصة بها، أو لتتلقى خدمات نفسية اجتماعية طبية محددة، أو بهدف تعديل ألوان معينة من السلوك أوللقضاء على انحرافات سلوكية بعينها. ولذا فمن المنتظر أن يتعاون أولياء الأمور كثيرا مع هذا الفريق. ونؤكد أولا وأخيرا على التعاون لاالتغاير، وعلى التكامل وليس على السيطرة وممارسة السلطة من جانب بعض أعضاء الفريق على الأعضاء الآخرين فيه.

المراجع العربية

١ - إبراهيم (عبد الستار). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ للنشر، ١٩٨٨.

٢ - سويف (مصطفى)، وآخرون. مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٥.

٣ - الصبوة (محمد نجيب). الأخصائي النفسي والأمراض المهنية: دوره في الوقاية والتشخيص والعلاج. ورقة بحث نظرى مقدمه إلى ندوة الوضع المهني والعلمي للأخصائي النفسي في مصر، مركز البحوث والدراسات النفسية بجامعة القاهرة، في الفترة من ١٩-٢٠ يونيه، ١٩٩٠.

المراجع الأجنبية

4 - **American Psychological Association ;** Committee on accreditation, Criteria for accredition of doctoral training programs and internships in professional psychology. Washington, DC: Author, 1989.

5 - **American Psychological Association;** Committee on Professional standards. Speciality guidelines for the delivery of services.

American Psychologist, 1991, 36, 639 - 681.

6 - **Bergan, J. R.,** School Psychology in Contemporary Society: An introduction. London: Charles E. Merrill Pub. Com., 1985.

7 - **Bergan, J. R.,** Kratochwill, T. R., & Luiten, J., Competency based training in behavioural consultation **Jou. school psychology,** 1980, 8, 91- 97.

8 - **Carroll, J. L., Harris, J. D., & Bretzing, B.H.,** Asurvey of psychologists servicing secondary schools . Professional Psychol. 1979, 10, 766- 770.

9 - **Corsini, R. J., (ed.)** Encyclopedia of psychology, 2 nd ed. v. 3, New York: Johan Wiley & sons, 1994, P. 351.

10 - **Cutts, N. E.,** School Psychologists at midcentury. Washington, DC. American Psychological Association, 1955.

11 - **Farling, W.H., & Anger, J.,** History of the national association of School Psychologists: The first decode. School Psychology Digest. 1979, 8, 140 - 152.

12 - **Landau, S.E., & Gerken, K. C.** Requieem for the testing role? The Perceptions of administrators VS. Teachers, School Psychology Digest, 1979, 8, 202 - 206.

13 - **Maher, C.A.,** Guidelines for planning and evaluating School Psychology service delivery systems. Jou. School Psychol., 1979, 17, 203 - 212.

14 - **Meacham, M.L. & Peckham, P. D.,** School Psychologists at three quarters century congruence between training, Practice, preferred role and competence. Jou. School Psychol. 1978, 16, 195 - 206.

15 - **Medway, F. J., Delp, P., Lerace, C., Lazarus, S. & Westpholy K.,** Research activities of doctoral school psychologists. Jou. School psychol., 1978, 16, 34 - 41.

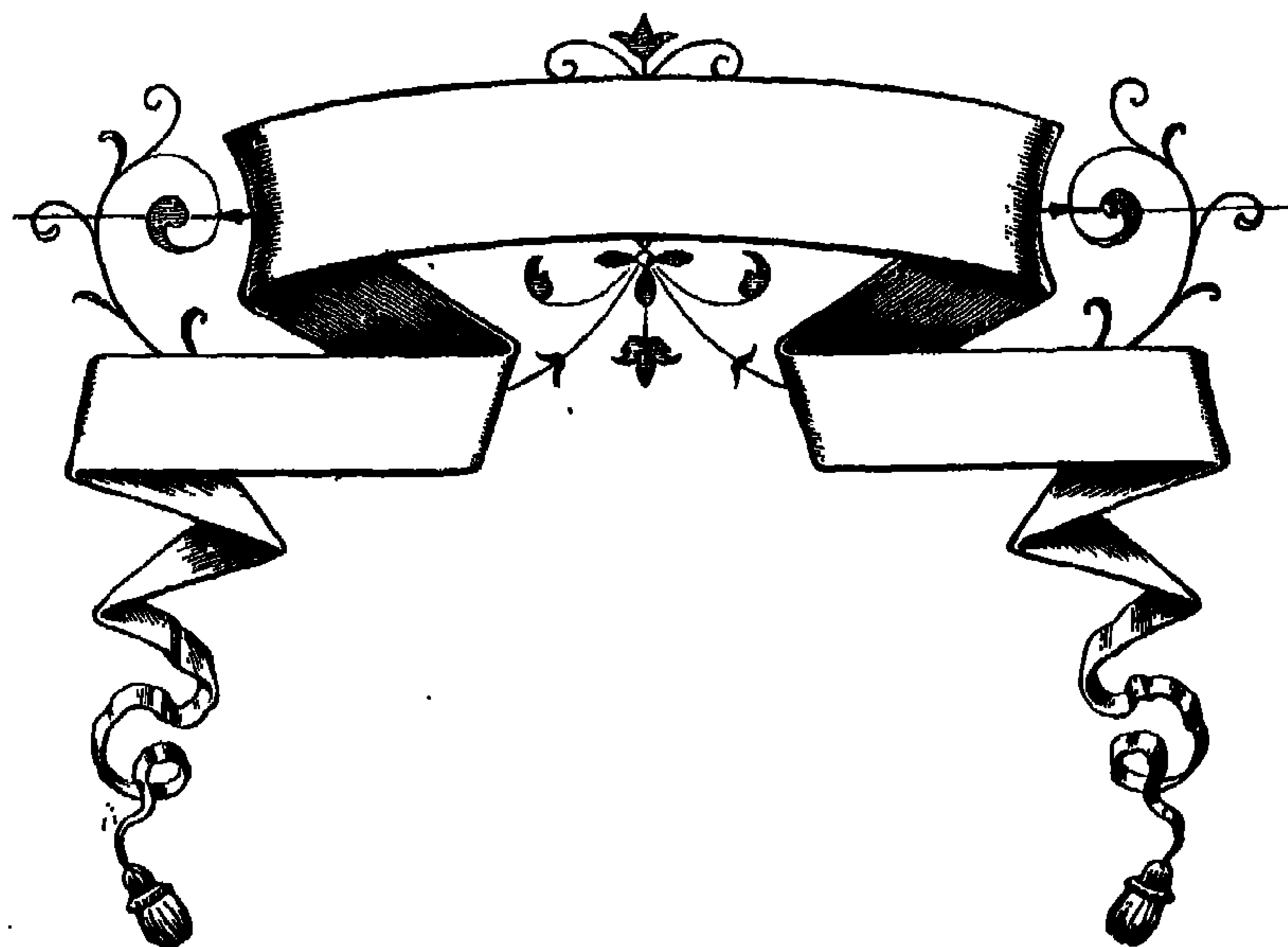
16 - **Phillips, B. N Hoover, J. G., & Maher, C.A.,** Edidors introductory comment on this special issue. Jou. School Psychol., 1978, 16, 291.

17 - **Ramage, J.C.,** National Survey of School Psychologists: Update. School Psychol. Digest, 1979, 8, 153 - 161.

18 - **Reynolds, C. R., & Clark, J.H.** Trends in School psychology research, 1974 - 1980 Jou. School psychol. 1984, 22, 43 -52.

19 - **Symonds, P. M.,** The School Psychologist - 1942

Jou. Consulting Psychology, 1942, 6, 173 - 176.



المدمنون وقضايا الإدمان
دراسة نفسية استطلاعية

د. محمد حسن غانم
مدرس علم النفس
كلية الآداب - جامعة حلوان

مقدمة

اعتاد غالبية المشتغلين فى العلوم الإنسانية حين تتفشى ظاهرة مرضية ما، أن ينشط البحث فى الظاهرة، وتكاد تكون وسائل البحث واحدة، إذ عادة ما يتم إعداد أدوات للقياس، ثم يتم التطبيق على العينة موضع المشكلة ويتلوها مرحلة تفريغ البيانات ومعالجتها إحصائيا ثم التوصل إلى نتائج معينة، دون أن يدرى - فى الغالب - عينة الدراسة المغزى من الأسئلة، ومن هنا فقد تكون الإجابات أشبه بموقف «التخلص» من هذا الموقف المقنن. وما أثار هذه القضية إلا موقفان:

الموقف الأول: على سبيل المثال أن غالبية الدراسات التى أجريت فى مجال الإدمان نجد أن البحاث قد أنطلقوا من موقف منهجى معين دون الاهتمام برأى المدمنين فى الظاهرة رغم أنهم «المعنيون بالأمر» أولا وأخيرا.

الموقف الثانى: أنه من خلال العمل لمدة خمس سنوات مع المدمنين عبر مراحل العلاج المختلفة، أثار بعضهم هذه القضية، والنظرإلى الاستبيانات والاختبارات على أساس أنها موقف من قبل «السلطة» يجب الإسراع بأنهائه ومن هنا فكان من الأجدار أن يتم تعريف فئة المدمنين بالهدف من البحث وأغراضه والفائدة التطبيقية حتى يكونوا معنا فى صميم الموقف ولا يشعروا بالموقف التسلطى من قبل سلطة المعالجين. (طاهر شلتوت، ١٩٨٩، ١)

مشكلة الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة فى التعرف على وجهة نظر عينة من المدمنين نحو بعض قضايا الإدمان مثل: بداية الإدمان/ دوافعه/ أسباب التعلق بمخدر ما وترك آخر وهكذا مما سيتضح تفصيلا فى تساؤلات الدراسة.

أهمية البحث: فى الغالب يرتبط الإدمان بفئة الشباب، ويعد الشباب فى أى مجتمع عدته الأساسية نحو مستقبل أفضل، فضلا عن كونه صاحب هذا المستقبل، وهو العنصر الأكثر حيوية وأهمية فى التخطيط للمستقبل، كما أنه قوة اجتماعية ذات وزن بين القوى الاجتماعية الأخرى، كما لا يوجد فى معزل عن مجريات الأمور من حوله بل يؤثر ويتأثر بها سلبا أو إيجابا (سامى عبد القوى، ١٩٩٤، ٤٨).

وفى ضوء ما سبق تتضح أهمية الدراسة فى أمرين:

الأول: أهمية دراسة فئة المدمنين: تعتبر دراسة آراء فئة المدمنين نحو قضايا الإدمان وسيلة هامة للتعرف على اتجاهاتهم نحو الظاهرة، لأن الاتجاهات تلعب دورا كبيرا فى توجيه السلوك الاجتماعى للفرد وبالتالى تؤثر فى كافة مناشطه السلوكية (سيد الطواب، ١٩٩٠، ٦:١٨). فالجميع يعلم أن الإدمان ظاهرة تهدد أمن وأمان المجتمع إضافة إلى المدمن نفسه. ولكن أين رأى المدمنين فى كل ذلك* ؟ وهل مشكلة الإدمان تمثل لهم خطورة كما هو الحال عند الأفراد غير المدمنين أو أصحاب القرار؟

الثانى: أهمية دراسة الإدمان: الإدمان ظاهرة تقوض المجتمع، بل هناك علاقة بين تعاطى المخدرات والاتجاه نحو ارتكاب جرائم العنف وكذا جرائم السرقة والبغاء (محمد غانم ١٩٩٦، ٢). إضافة إلى الصلة بين جرائم الإدمان والاتجار فى السلاح والإرهاب (محمد فتحى عيد، ١٤١٠هـ، ١٦)، كما أن الإدمان أصبح ظاهرة عالمية وتجتاح كافة الطبقات بغض النظر عن المستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى (فاروق عبد السلام، ١٩٧٧، ١٠) كما أن الإدمان قد اتسع مفهومه ومجالاته وفى كل الأحوال فهو سلوك قهرى وإن اختلفت درجة الانغماس فى الإدمان (Juditha Lewis, 1995, p:3)

هدف البحث: يهدف البحث إلى التعرف على آرء المدمنين نحو العديد من قضايا الإدمان.

تساؤلات البحث: وتنحصر فى:

١ - ما هى من وجهة نظر المدمنين السن التى يبدأ فيها الإدمان؟

٢ - ما هى من وجهة نظر المدمنين الأسباب التى تدفع إلى الادمان؟

٣ - ماهى من وجهة نظر المدمنين أسباب التعلق بإدمان مخدر ما وترك مخدر آخر؟

٤ - ما هى من وجهة نظر المدمنين الأحاسيس والمشاعر التى انتابت المدمن عند التعاطى للمرة الأولى؟

٥ - ما هى من وجهة نظر المدمنين أسباب الانتكاسة Re-lapes بعد المرور بتجربة العلاج؟

٦ - ما هى من وجهة نظر المدمنين أهم الصفات التى تميز شخصية المدمن؟

٧ - ما هى من وجهة نظر المدمنين الفوائد التى تعود عليهم من الإدمان؟

٨ - ما هى من وجهة نظر المدمنين الأضرار التى تعود عليهم من الإدمان؟

مفاهيم البحث:

الإدمان: Addiction

هناك تداخل بين مفهومى الإدمان والمدمنين وقد مر تعريف الإدمان بعدد من التعديلات، وقدم سويف (١٩٨٨) عرضا تاريخيا لمصطلحات التعود Habituation والاعتماد DeppendHGJUMDCance والإدمان Ad-dictionk، ويرى أن منظمة الصحة العالمية قد رأت بضرورة التخلى عن مصطلحى «الاعتياد» والإدمان وإحلال مصطلح الاعتياد محلها والذى يجمع بين العناصر الأساسية التى تمثل المقام المشترك بين الاعتياد والإدمان (سويف، ١٩٨٨، ٢٥).

ويعرف سويف الادمان بأنه: يقصد به التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطى يكشف عن انشغال شديد بالتعاطى، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطى ومن أهم محكات الإدمان:

أ - الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاه وهو ما يعرف بالتحمل.

ب - والاعتياد له مظاهر فسيولوجية واضحة.

جـ - حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د - رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الوصول إلى المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.

هـ - تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. (سويف ١٩٩٦، ١٧: ١٨).

ويتبنى الباحث التعريف السابق على أساس أنه أحدث التعريفات.

الإجراءات الميدانية للبحث.

١ - عينة البحث:

- شملت عينة الدراسة مجموعة من المدمنين السعوديين بلغت ٩٤ مدمنا.

- جميع أفراد عينة المدمنين من الذكور.

- تم اختيارهم بطريقة عمدية ومقصودة من بين المترددين على مستشفى لعلاج الادمان، والتى كان يعمل بها الباحث.

- تراوحت أعمارهم بين ١٨ : ٦١ عاما.

- بلغت نسبة التعليم الإعدادى ٥٣,١٩٪ فى مقابل ٢٢,٣٤٪ يقرأون ويكتبون، ١٣,٨٣٪ مؤهلات جامعية، ١٠,٦٤٪ حاصلون على مؤهل ثانوى.

- بلغت نسبة فئة أعزب ٦٨,٠٩٪ فى حين تساوت فئتى، مطلق، ومتزوج وبلغت ١٤,٨٩٪، فى حين بلغت فئة «أرمل» ٢,١٣٪.

- بالنسبة لمتغير المستوى المهنى شكلت فئة بدون عمل ٣٠,٨٥٪ وفئة أعمال حرة ٣٩,٣٦٪ وفئة موظف حكومى ٢٩,٧٩٪.

بالنسبة لمتغير سنوات الإدمان فقد كانت أعلى فئة من عام إلى خمسة أعوام وبلغت ٤٦,٨١٪ تليها فئة إدمان من ٦:١٠ سنوات وبلغت ٣٠,٨٥٪، فى حين أن فئة أكثر من ١٦ عام إدمان بلغت ٧,٤٥٪.

- بالنسبة لمتغير: نوع التعاطى، فقد بلغت فئة إدمان عقارين نسبة ٤٤,٦٨٪ تليها فئة إدمان متعدد (أكثر من عقارين) وبلغت ٣٩,٣٦٪، وفئة إدمان مخدر وبلغت ١٥,٩٦٪.

- بالنسبة لمتغير عدد مرات التردد على المستشفى للعلاج، بلغت فئة التردد أربع مرات ٤٦,٨١٪، والتردد لمرتين ٤١,٤٩٪، والتردد لأكثر من (٥) مرات ١١,٧٠٪.

والجدول رقم (١) يوضح كافة المتغيرات السابقة

المتغير	البيان	ك	٪
السن	١٨ ـ ٢٥	٣١	٣٢,٩٨٪
	٢٦ ـ ٣٢	٢٥	٢٦,٦٠٪
	٣٣ ـ ٣٩	٢٣	٢٤,٤٧٪
	٤٠ ـ ٤٦	٩	٩,٥٧٪
	٤٧ ـ ٥٤	٢	٢,١٣٪
	٥٥ ـ ٦١	٤	٤,٢٦٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪
مستوى التعليم	يقرأ ويكتب	٢١	٢٢,٣٤٪
	الشهادة الإعدادية	٥٠	٥٣,١٩٪
	الشهادة الثانوية	١٠	١٠,٦٤٪
	تعليم جامعى	١٣	١٣,٨٣٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪
الحالة الاجتماعية	أعزب	٦٤	٦٨,٠٩٪
	متزوج	١٤	١٤,٨٩٪
	مطلق	١٤	١٤,٨٩٪
	أرمل	٢	٢,١٣٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪
المهنة	أعمال حرة	٣٧	٣٩,٣٦٪
	بدون عمل	٢٩	٣٠,٨٥٪
	موظف حكومى	٢٨	٢٩,٧٩٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪
نوع التعاطى	عقار واحد	١٥	١٥,٩٦٪
	عقاران	٤٢	٤٤,٦٨٪
	تعاطى متعدد (أكثر من عقار)	٣٧	٣٩,٣٦٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪

المتغير	البيان	ك	٪
سنوات الإدمان	من عام: ٥ أعوام	٤٤	٤٦,٨١٪
	من ٦: ١٠	٢٩	٣٠,٨٥٪
	١١: ١٥	١٤	١٤,٨٩٪
	أكثر من ١٦ عاما	٧	٧,٤٥٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪
عدد مرات التردد للعلاج	من ١: ٢	٣٩	٤١,٤٩٪
	من ٣: ٤	٤٤	٤٦,٨١٪
	أكثر من ٥ مرات	١١	١١,٧٠٪
	المجموع	٩٤	١٠٠٪

٢ ـ أداة البحث:

اعتمدت الدراسة على استبيان يتكون من جزءين، الأول خاص بالمتغيرات الأساسية، والثانى، عبارة عن (٨) أسئلة تشمل تساؤلات الدراسة، وهى عبارة عن أسئلة مفتوحة، ويترك مساحة فارغة بعد السؤال لكى يجيب المدمن بحرية تامة. وتم قراءة استجابة كل تساؤل على حدة وقد تم تطبيق الاستبيان بشكل فردى على كل مدمن.

نتائج البحث:

أولاً: السن التى يبدأ فيها الإدمان.

جدول رقم (٢)

والذى يوضح السن التى يبدأ فيها الإدمان

البيان	ك	٪
٦٥,٩٦٪	٦٢	٦٥,٩٦٪
٢٤,٤٧٪	٢٣	٢٤,٤٧٪
٩,٥٧٪	٩	٩,٥٧٪
١٠٠٪	٩٤	١٠٠٪

ويتضح من الجدول أن فئة الإدمان الذى يبدأ فى سن المراهقة قد احتلت المرتبة الأولى حيث أشار (٦٢) مدمنا أى بنسبة ٦٥,٩٦ ٪، تليهم فئة الذين ذكروا أن الإدمان يبدأ من أول جرعة ٢٤.٤٧ ٪ وأخيرا من ذكروا فى أى سن أو بلغت نسبتهم ٩,٥٧ ٪

ثانيا: الاسباب التى تدفع الشباب إلى الإدمان:

جدول رقم (٣)
والذى يوضح السن التى يبدأ فيها الإدمان

البيـــــان	ك	٪
مشاكل أسرية	٤٧	٪٢٦,١١
الفراغ/ البطالة	٣٥	٪١٩,٤٥
حب الاستطلاع	٢٦	٪١٤,٤٤
الأصدقاء المتعاطون	٢٣	٪١٢,٧٨
مشاكل شخصية (قلق/ اكتئاب/ أمراض)	١٩	٪١٦,٥٦
إحباطات وفشل	١١	٪٦,١١
مجاملات	٨	٪٤,٤٤
كثرة المال	٥	٪٢,٧٨
السفر إلى الخارج	٤	٪٢,٢٢
الرغبة فى زيادة المتعة الجنسية	٢	٪١,١١
المجموع	١٨٠	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن المشاكل الأسرية قد احتلت قمة الأسباب سواء أكانت بين الوالدين/ أو انفصال إذ بلغت النسبة ٢٦,١١ ٪، يليه سبب الفراغ والبطالة وقد بلغت نسبته ١٩,٤٥ ٪، ثم حب الاستطلاع والبحث عن الجديد وبلغت نسبته ١٤,٤٤ ٪ وأخيرا الرغبة فى زيادة المتعة الجنسية وبلغت نسبتها ١,١١ ٪

ثالثا: أسباب التعلق بمخدر ما وترك آخر:

جدول رقم (٤)
يوضح أسباب التعلق بمخدر ما وترك مخدر آخر

البيـــــان	ك	٪
التجربة الأولى	٢٩	٪٢١,٦٤
أضرار أقل	٢٣	٪١٧,١٦
رخيص الثمن	١٨	٪١٣,٤٣
حسب البيئة والمخدر الأكثر انتشارا	١٥	٪١١,١٩
حسب تعاطى الأصدقاء	١٣	٪٩,٧٠
أى مخدر يساعد على الهروب من الواقع	١٢	٪٨,٧٠
مسألة مزاج شخصى	١٨	٪١٣,٤٣
حسب الحالة الاقتصادية (الأموال الكثيرة) تدفع إلى الهروين، الأقل تدفع إلى الخمر والحشيش	٦	٪٤,٤٨
المجموع	١٣٤	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن التجربة الأولى والتى تدفع إلى التعلق بمخدر ما قد بلغت نسبتها ٢١,٦٤ ٪، تليها أن الفرد يعتقد أن أضرار المخدر أقل وبلغت ١٧,١٦ ٪، وأنه رخيص الثمن وبلغت نسبته ١٣,٤٣ ٪ وأخيرا حسب الحالة الاقتصادية وبلغت ٪٤,٤٨

رابعا: الأحاسيس والمشاعر التى انتابت المدمن عند التعاطى للمرة الأولى.

جدول رقم (٥)

يوضح الأحاسيس الناتجة من التعاطى

البيان	ك	٪
توقف التفكير	٥٠	٪١٨,٥٢
الراحة النفسية	٤٦	٪١٧,٠٤
الخدر الكامل	٤٣	٪١٥,٩٣
الثقة فى النفس	٣٢	٪١١,٨٥
دوار شديد فى الرأس	٢٥	٪٩,٢٦
الرغبة فى النوم	١٩	٪٧,٠٤
الفرفشة والضحك	١٩	٪٧,٠٤
الجرءة والشجاعة	١٢	٪٤,٤٤
حسيت بفلاش (كأن جسمى مكهرب)	٩	٪٣,٣٣
التقيؤ	٨	٪٢,٩٦
رغبة فى ممارسة الجنس	٥	٪١,٨٥
لا أتذكر	٢	٪٠,٧٤
المجموع	٢٧٠	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن إحساس: التوقف فى التفكير قد بلغت نسبته ١٨,٥٢ ٪ يليه الإحساس بالراحة النفسية وقد بلغت نسبته ١٧,٠٤ ٪، ثم الخدر الكامل وبلغت نسبته ١٥,٩٣ ٪ وهكذا حتى نصل إلى عامل: لا أتذكر وبلغت نسبته ٤٧ ٪.

خامسا: أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين بعد المرور بتجربة العلاج:

جدول رقم (٦) يوضح أسباب الانتكاسة

البيان	ك	٪
عدم السيطرة على الشوق	٢٥	٪١٨,٥٢
عدم التغيير فى الواقع الخارجى	١٧	٪١٢,٥٩
إلحاح الأصدقاء المدمنين وإغراءاتهم	١٥	٪١١,١١
الفشل فى حل المشكلات	١٤	٪١٠,٣٧
نظرة الاحتقار من الآخرين	١١	٪٨,١٥
مشاكل نفسية لا تحل إلا بالمخدر (قلق/ حزن/ خجل) ضعف ثقة فى النفس)	٩	٪٦,٦٧
فقدان ثقة الأسرة والشك المستمر	٨	٪٥,٩٣
الثقة فى النفس أكثر من اللازم	٨	٪٥,٩٣
عدم التردد على المستشفى	٨	٪٥,٩٣
ثقة الأهل أكثر من اللازم	٧	٪٥,١٩
أريد أن أتعافى ولكن لا أستطيع	٥	٪٣,٧٠
أنتكس لأننى مريض والمخدر دوائى	٤	٪٢,٩٦
غير مقتنع بالكف عن الإدمان	٤	٪٢,٩٦
مجموع	١٣٥	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن سبب: عدم السيطرة على الشوق إلى المخدر يعد من أهم الأسباب التى تقود إلى الانتكاسة وبلغت نسبته ١٨,٥٢ ٪، يليه سبب عدم التغيير فى الواقع الخارجى وبلغت نسبته ١٢,٥٩ ٪ وهكذا تتدرج الأسباب حتى تصل إلى السبب الأخير «غير مقتنع بالكف عن الإدمان» وبلغت نسبته ٢,٩٦ ٪.

سادساً: الصفات التى تميز شخصية المدمن من وجهة نظر المدمنين:

جدول رقم (٧)

يوضح صفات شخصية المدمن

البيان	ك	٪
العصبية	٣٦	٪١٥,٧٢
ضعيف أمام المخدر	٢٩	٪١٢,٦٦
التهرب من المسئولية	٢٥	٪١٠,٩٢
اللامبالاة	٢٠	٪٨,٧٣
الانانية الشديدة	١٨	٪٧,٨٦
الانشغال الدائم بالمخدر	١٧	٪٧,٤٢
العزلة	١٥	٪٦,٥٥

البيان	ك	٪
الكذب والمراوغة	١٤	٪٦,١٢
السرقة	١٢	٪٥,٢٤
الإرهاق المستمر	١٢	٪٤,٣٧
التدهور فى كافة جوانبه (جسمية/ عقلية/ اجتماعية)	١٠	٪٤,٣٧
الجرءة إلى درجة الوقاحة (عدم احترام التقاليد)	٨	٪٣,٤٩
لا يفى بوعده	٧	٪٣,٠٦
يستدر رحمة الآخرين	٥	٪٢,١٨
كثرة مشاكله	٣	٪١,٣١
المجموع	٢٢٩	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن صفة «العصبية» قد احتلت قائمة الصفات التى تميز المدمن من وجهة نظر المدمنين - وبلغت نسبتها ١٥,٧٢ ٪ تليها صفة: الضعف أو الاستسلام أمام المخدر وبلغت نسبتها ١٢,٦٦ . وهكذا حتى تصل إلى آخر الصفات من حيث الترتيب وهى صفة كثرة المشاكل وبلغت نسبتها ١,٤٣١ ٪.

سابعا: الفوائد التى تعود على المدمن من إدمانه من وجهة نظر المدمنين:

جدول رقم (٨)
يوضح الفوائد التى تعود على المدمن من الإدمان

البيان	ك	٪
نسيان المشاكل	٣٤	٪٢٠,٢٤
شعور بالانبساط والسعادة	٢٧	٪١٦,٠٧
الثقة فى النفس ولو مؤقتا	٢٣	٪١٣,٦٩
يفقدنى الخجل ولو مؤقتا	١٩	٪١١,٣١
الهروب من الواقع	١٥	٪٨,٩٣
علاج للأمراض النفسية مثل حالات القلق والضيق	١٤	٪٨,٣٣
توقف التفكير فى الماضى والحاضر والمستقبل	١١	٪٦,٥٥
زيادة النشاط الجنسى	٩	٪٥,٣٦
سهولة التواصل مع الآخرين	٨	٪٤,٧٦
زيادة فى الإنجاز للعمل	٤	٪٢,٣٨
لا توجد فوائد	٤	٪٢,٣٨
المجموع	١٦٨	٪١٠٠

ويتضح من الجدول أن الفوائد التى تعود على المدمن من إدمانه من وجهة نظر المدمنين تشمل: نسيان المشاكل وبلغت نسبته ٢٠,٢٤ ٪، يليه الرغبة فى الشعور بالانبساط وبلغت نسبته ١٦,٠٧ ٪ ثم الثقة فى النفس ولو مؤقتا وبلغت نسبته ١٣,٦٩ ٪ وهكذا حتى ٢,٣٨ ٪ يقرون بعدم وجود فائدة للإدمان.

ثامنا : الأضرار التى تعود على المدمن من الإدمان من وجهة نظر المدمنين.

جدول رقم (٩)
يوضح أضرار الإدمان

البيان	ك	٪
النبذ من الآخرين	٣١	٪١٧,٣٢
تدهور الحالة الصحية	٢٨	٪١٥,٦٤
فقدان المال وتراكم الديون	٢٤	٪١٣,٤١
فقدان العمل	١٩	٪١٠,٦١
التعرض لتجربة السجن	١٥	٪٨,٣٨
الابتعاد عن الدين	١٣	٪٧,٢٦
طلاق الزوجة وتشرد الأبناء	١٠	٪٥,٥٩
اللامبالاة	٩	٪٥,٠٣
القلق المستمر	٨	٪٤,٤٧
الوفاة نتيجة للجرعة الزائدة	٧	٪٣,٩١
الجنون	٥	٢,٧٩
عدم الثقة فى النفس	٤	٪٢,٢٣
عدم ثقة الآخرين	٣	٪١,٦٨
لا توجد أضرار	٣	٪١,٦٨

ويتضح من الجدول أن الاضرار التى تعود على المدمن من ويتضح من الجدول أن الاضرار التى تعود على المدمن من إدمانه - من وجهة نظر المدمنين قد بلغت ١٧,٣٢٪ لعامل: النبذ من الآخرين، ثم تدهور الحالة الصحية وبلغت نسبته ١٥,٦٤٪ يليه عامل فقدان المال وتراكم الديون وبلغت نسبته ١٣,٤١٪ وهكذا تتدرج الأسباب حتى القول: بعدم وجود أضرار وبلغت نسبته ١,٦٨٪.

مناقشة النتائج

أولا: مناقشة السن التى يبدأ فيها الإدمان.

أسفرت نتائج الدراسة أن ظاهرة الإدمان - كما يراها المدمنون تبدأ فى سن المراهقة ويتفق ذلك مع طبيعة هذه المرحلة والبحث عن الذات (محمد شعلان، ١٩٧٩، ١٥:٣٢) كما أن سن المراهقة من المراحل الخطرة حيث يبدأ الشباب فى البحث عن أساليب لإثبات الذات أو قد لا يجدون الدور الاجتماعى المناسب (سلوى سليم، ١٩٨٩ :٧: ٩).

وقد يكون هذا الدور فى إدمان الانتماء إلى جماعات الإرهاب (سامى عبدالقوى، ١٩٩٤، ٤٨) ولعل الدراسات التى تجريها اللجنة الدائمة لبحوث تعاطى الشباب للمخدرات فى مصر برئاسة أ.د. مصطفى سويف تعكس أهمية ذلك، حيث أجريت العديد من الدراسات التى تشمل قطاع الطلاب والشباب مثل طلاب الثانوى العام، وطلاب الجامعات، والعمال (سويف وآخرين ١٩٨٧، ١٩٨٩، ١٩٩١، ١٩٩٥) ودراسة Pueye, Anamaria (1990) ودراسة مارفن. دوكنز (Marvin p.d Awkins (1983) وغيرها من الدراسات التى أثبتت أن الشباب أكثر عرضه للوقوع فى براثن الإدمان.

وإن كان قد ذكر بعض المدمنين أن الإدمان يمكن أن يحدث فى أى سن، أو من أول جرعة. وإن كان الواقع العملى قد يؤكد ذلك وأن كانت حالات نادرة.

ثانيا: الأسباب التى تدفع الشباب إلى الإدمان من وجهة نظر المدمنين.

أسفرت النتائج أن العوامل الاجتماعية تتصدى العوامل التى تقود إلى الإدمان سواء أكانت خلافات أسريه أم شقاقا بين الآباء أو سفر الآباء إلى الخارج وقد أكدت هذه الحقيقة العديد من الدراسات منها دراسة محمد حسن غانم/ ١٩٩٦، ٢٠٦: ٢٠٨)، سلوى سليم (١٩٨٩، ١١٢/ ١٤٧)، أما فيما يتعلق بباقى العوامل فقد أجريت العديد من الدراسات فى مصر والمملكة العربية السعودية، والتى نهضت للتعرف على دوافع الإدمان لدى الشباب منها دراسة عبد المنعم محمد بدر (١٩٨٥)، ودراسة مساعد منشط (١٩٨٢)، ودراسة سليمان قاسم الفالح (١٩٨٧) ودراسة محمد بن عواض الحارثى (١٩٨٧) ودراسة سيف الإسلام بن سعود (١٩٨٨) ودراسة مرزوق عبد المجيد مرزوق (١٩٩٠)، ودراسة محمد سلامة غبارى (١٩٩١) ودراسة سلوى عبدالباقى (١٩٩٢) ودراسة نايف محمد المروانى (١٩٩٤) ودراسة Sharp, 1988 وإن كانت هذه الدراسات قد تباينت فى ترتيب أسباب الإدمان، فدراسة نايف محمد المروانى مثلا قد وجدت أن الأسباب النفسية (مثل الرغبة فى جلب السرور وزيادة الحيوية والنشاط) قد جاء فى المرتبة الأولى وقد تأكد ذلك فى دراسة محمد سلامة الغبارى (١٩٩١)كمثال، فى حين أن المشاكل الأسرية قد جاءت فى المقدمة فى دراسة Sharp 1988 وقد وجدت العديد من الدراسات الأجنبية أن العوامل الاجتماعية تأتى فى مقدمة الدوافع التى تدفع الشباب إلى الإدمان منها دراسة نيوكومب Newcomb 1989 ودراسة جوان دون وآخرين Joan Dunne et el, 1984 وهى دراسات أكدت على العوامل الاجتاعية، وإن كانت العوامل النفسية مثل الإحباطات وعدم تحمل الفرد لها وتأثير الأصدقاء والرغبة فى زيادة المتعة الجنسية وغيرها من العوامل والتى تذكر تأثيرها، وإن كان عامل الفروق الفردية والعوامل الحضارية وطبيعة المخدر السائد.. كلها عوامل تساهم فى دفع الفرد إلى المخدرات.

ثالثا : مناقشة أسباب التعلق بمخدر معين وترك مخدر آخر؟

- أسفرت النتائج أن التجربة الأولى تأتى فى مقدمة العوامل التى تدفع إلى التعلق بمخدر ما، إضافة إلى الثقافة الإدمانية - إن جاز التعبير - والتى يكتسبها المدمن من إدمانه من خلال الوسط الذى يحيا فى خضمه من قبيل أن مخدراً ما أضراره أقل، أو رخيص الثمن، أو له فوائد من حيث النشاط والسرور أكثر.. الخ.

ولعل الأسباب التى تؤدى إلى التعلق بمخدر وترك آخر تؤكد العديد من الحقائق:-

(١) ثقافة التعاطى - كما ذكرنا - والتى يكتسبها من خلال أقرانه، وقد أيد ذلك العديد من الدراسات منها دراسة فاروق عبد السلام، (١٩٧٧)، ودراسة سعد المغربى (١٩٨٦). ومصطفى سويف (١٩٩٦، ٨٣:٩٥) وغيرها من الدراسات التى تؤكد الجانب الحضارى.

(٢) أن الحالة الاقتصادية للشخص المتعاطى تلعب دورا فى لجوء الشخص إلى مخدر معين - فكلما ذكر أفراد العينة أن وفرة المال تدفع إلى الهيروين أما قلة المال فتدفع إلى المخدرات الأقل سعرا مثل الحشيش أو الخمر وإن كان هذا الجانب من وجهة نظرنا فى حاجة إلى دراسة.

(٣) أن العوامل النفسية للفرد ومعاناته من بعض المشاكل النفسية أو الصحية قد تقود الفرد إلى الإدمان فى محاولة للعلاج الذاتى، مثل معاناة الفرد من القلق أو الاكتئاب أو غيرها من المشاكل، ولاشك أن هذا يثير قضية التشخيص المزدوج Doul Diagnosis حيث يعانى الفرد من مشكلة إدمان مع مشكلة نفسية أخرى.

(Richardik. et al 1993, p131: 138) ودراسة كوستس وآخرين Kosten.t. et al. 1982, pp: 572: 581 دراسة كانتزيان وترى Khantsian E i tteece, c, 1985, pp: 1067 - 1071 وغيرها من الدراسات.

(٤) أن طبيعة المواد المخدرة، بل تفضيل مخدر فى حضارة ما، فعلى سبيل المثال - يسود مخدر الحشيش فى البلاد العربية، فى حين أن الأفيون - على سبيل المثال - كان يشبع احتياجا نفسيا لدى الصينى، على عكس الكحوليات السائدة فى الحضارة الغربية (Cameton 1978 pp: 1267: 127) د. عبد الحكيم العفيفى (١٩٨٦، ٢١٥)، وعبد الرحمن مصيقر (١٩٨١، ٢٦) وغيرها ممن الدراسات).

رابعا: الأحاسيس والمشاعر التى تنتاب المدمن عند التعاط للمرة الأولى من وجهة نظر المدمنين.

أسفرت النتائج أن توقف التفكير جاء فى مقدمة الأحاسيس التى تنتاب المدمن، إضافة إلى التوهم بالراحة النفسية، والخدر الكامل، والرغبة فى النوم أو الضحك والفرفشة، وكلها أحاسيس قد استبصر بعض المدمدين أنها مشاعر مؤقته.

وقد أوضح لنا مصطفى زيور (١٩٨٢) على سبيل المثال أن ثنائية الهوس والاكتئاب شائعة لدى مدمن الحشيش، وكذا دراسة سعد المغربى عن متعاطى الحشيش ١٩٨٤ ودراسته عن متعاطى الافيون (١٩٨٦) إضافة إلى الرغبة فى ممارسة الجنس وهى حقيقة قد أكدتها العديد من الدراسات مثل دراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦٤) ودراسة محمد رمضان (١٩٨٢) وغيرها من الدراسات.

خامسا: أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين.

أسفرت النتائج أن عدم السيطرة على الشوق إلى المخدر ،تأتى فى مقدمة الأسباب التى تقود إلى الانتكاسة بعد المرور بتجربة العلاج. وفى الواقع فإن قضية الانتكاس تعد من أهم القضايا فى الإدمان. وإذا كانت المنطلقات العلاجية متعددة، فإن أسباب الانتكاسة أيضا متعددة / محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٣٤:٣١).

والذى يطالع أدبيات المدمن المجهول (A.A) يجد أن العلاج يتخلص فى الخطوات الاثنتى عشرة والتى تأتى فى مقدمتها: الاعتراف بأن المدمن مسلوب الإرادة أمام المخدر، ولعل التسليم بهذه الحقيقة يدفع بالمدمن إلى تجنب المواقف التى تثير الشوق إلى المخدر لديه Hel-con.P, 1992, p2,48:314 وكذا التأكيد على جماعة المساندة الذاتية Support groups ومساعدة الذين سقطوا فى مستنقع الإدمان Jetome E.S, 1991, pp: 1255-1270 كما أن على مرشد المتعاطى (C.D.C) ضرورة أن يعى تأثير الإدمان على أفراد الاسرة وخاصة فى الحالات المزمنة Madilineicet al, 1994, pp: 15: 18

فقد تعمد الباحث أن يذكر اتجاه المدمن المجهول. فى العلاج مع الأخذ فى الاعتبار المنطلقات العلاجية الأخرى: الطبية/ النفسية/ الاجتماعية/ البيولوجية/ الدينية.

وقد ذكر بعض المدمنين أسبابا أخرى للانتكاس منها عدم القدرة على تحمل الإحباطات، أو لشك الاسرة فيه أو لعلاج مشاكله النفسية بأسلوب ذاتى، وأخيرا يرى البعض أنه غير مقتنع بالكف عن الإدمان. وهى عوامل توقفنا مرة أخرى على العلاقة بين الإدمان والمرض النفسى، وكذا الفشل فى علاج المدمنين أو النسب المئوية القليلة التى تتعاطى. وتطويع العديد من الفنيات العلاجية للتعامل مع مرضى المخدرات، Arront, Beck, 1993 (لطفى فهيم، ١٩٩٤، ١٩١: ٢١٨).

سادسا: مناقشة أهم الصفات التى تميز شخصية المدمن من وجهة نظر المدمنين:

أسفرت النتائج أن سمة: العصبية تأتى فى مقدمة الصفات التى تميز شخصية المدمن، يليها صفات: الضعف أمام المخدر، والتهرب من المسئولية، واللامبالاة، والأنانية الشديدة... وهكذا حتى يأتى فى آخر قائمة الصفات: أن المدمن إنسان غارق فى المشاكل وبالفعل فإن هذه الصفات قد أيدتها العديد من الدراسات والتى تناولت شخصية المدمن حيث وجدت العديد من السمات التى تميز شخصية المدمن مثل دراسة (بيتر لورى، ١٩٩٠، ٥١)، جون ج تايور، ١٩٨٥، ١٤٨ - ١٤٩)، عبد المجيد منصور، ١٩٨٦، ١١٤) عادل صادق، ١٩٨٦، ٢٩ - ٣٣) ودراسة Notman. S. Millet, 1991, p.31، ودراسة هوفمان حيث أجرى دراستين على مدمنى الخمور فى الولايات المتحدة ووجد أن العديد من الصفات تميز المدمنين مثل: الاكتئاب، مشاعر الذنب، الخجل من الذات، السلبيه، الأنانية، انخفاض سمات الاستقلال وتحمل الآلام أو الإحباط. Hoffmann, H (B) 1970,. Hoffmann, H (A) 1970, pp: 23, 26 pp: 166: 171 وغيرها من الدراسات وإذا كان مدمنو هذه الدراسة قد ذكروا هذه السمات فلاشك أن تجربة العلاج والتردد على المستشفى أكثر من مرة قد جعلتهم يستبصرون بهذه السمات، والتى تقترب إلى درجة كبيرة مما أكدته العديد من الدراسات وخاصة تلك التى تناولت شخصية المدمن من منظور سيكودينامى محمد رشاد كفافى (١٩٧٣، ١٩٨٠) ودراستى سعد المغربى (١٩٦٠، ١٩٦٦) وغيرها من الدراسات.

سابعا: مناقشة الفوائد التى تعود على المدمن من إدمانه من وجهة نظر المدمنين:

كشفت النتائج أن فائدة نسيان المشاكل قد جاء ترتيبها فى مقدمة الأسباب التى توهم المدمن بالاستمرار فى إدمانه، إضافة إلى الرغبة فى جلب السرور، والثقة فى النفس، وسهولة التواصل مع الآخرين وأن نسبة ٢,٣٨٪ فقط من عينة الدراسة قد ذكروا أن الادمان لا فائدة له وبالرغم من ذلك لا يعرفون سر تعلقهم بالمخدر.

والواقع أن هذا التساؤل - من وجهة نظر الباحث - جديد ولم يجد له مثيل له مثيلا فى الدراسات التى أطلع عليها، ذلك لأن القائمين بالأمر - من وجهة نظرهم - يرون أن الادمان يقود إلى العديد من الأضرار سواء الشخصية أو الاسرية أو المجتمعية. لكن للمدمن وجهة نظر أخرى - ويجب أن نهتم بها على أساس أن المعنى بكل هذا الكم من الدراسات.

ولعل كافة الفوائد السابقة التى ذكرها المدمنون تستحق من القائمين بمسألة العلاج والوفاء به أخذها فى الاعتبار ومحاولة تغيير الاتجاهات ومناقشتها، ولعل ماذكرته هند طه (١٩٩٤) من حيث إجراءات الوقاية هام جدا فى هذا الصدد (هند طه، ١٩٩٤، ٢٣١: ٢٤٩) وكذا ماذكره محيى الدين أحمد حسين (١٩٩٤، ٢٥١ : ٢٧٧) حتى نصل إلى درجة من التضايق بين مانعنيه من أضرار ومايقتنع به المدمن عن اقتناع. وبعد خبرة الباحث المتواضعة فى مجال علاج الإدمان تحتم ذكر حقيقة أن المدمن ينفر من الوعظ والإرشاد وأن أسلوب المناقشة والمواجهة هام فى تغيير الاتجاهات.

ثامنا: مناقشة الأضرار التى تعود على المدمن من الإدمان من وجهة نظر المدمنين:

أوضحت النتائج أن عامل: النبذ من الآخرين قد جاء فى مقدمة الأضرار التى يعيها المدمن من جراء الإدمان، إضافة إلى تدهور الحالة الصحية وكذا فقدان المال وكثرة الديون وفقدان العمل، والتعرض لتجربة السجن .. وهكذا حتى نصل إلى نسبة ١,٦٨ ٪ من عينة البحث يقرون بأن الإدمان ليس له أى أضرار.

ولعل استبصار عينة البحث بطبيعة الأضرار التى تصيب المدمن والتى قد تكون صحية، أونفسية أو عقلية أو اجتماعية أو أخلاقية قد ذكرتها وأيدتها العديد من البحوث سواء العربية أو الأجنبية منها دراسة 1 1989,pp: 38-42

J.p. 1995. 2, pp: 8587 ودراسة ، Ahmed. A at el, Jetome ودراسة عزة عبد الغنى (١٩٩١، ٣١) وعبد الحكيم العفيفى (١٩٨٦, ١٣٥: ١٣٦) كما أن الأضرار فى الإدمان تكون متكاملة الحلقات سواء جسمية أو نفسية وهكذالأن الإدمان يحدث مشاكل طبية Medical prob-lems واضطرابات نفسية وعقليه قد ذكرت فى الـmaty) J, 1992, p: 997:100) DSMIIR ولعل كل ما سبق يثير تساؤلاهاما يستحق فى حد ذاته دراسة مستقلة وهو:

إذا كان المدمن يعى أضرار المخدرات بهذا الوعى فلماذا إذن يستمر فى الإدمان؟ بعبارة أخرى ماهو التفسير المنطقى لوجود فجوة بين القول والفعل خاصة فى الإدمان؟

المراجع العربية

١- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، بحث تعاطى المخدرات فى ج.ع.م. ١٩٦٤ القاهرة.

٢- بيتر لورى: المخدرات: حقائق اجتماعية ونفسيه وطبيه، ترجمة نور الدين خليل، الهيئة المصرية العامه للكتاب، ١٩٩٠، القاهرة.

٣- جون .ج. تايلور: عقول المستقبل، ترجمة: لطفى فطيم، عالم المعرفة العدد: ٢٩٢ أغسطس ١٩٨٥، الكويت.

٤- سامى عبد القوى على: رؤية عينة من الشباب لظاهرة الإرهاب - دراسة نفسية استطلاعية، مجلة علم النفس، العدد: ٣١، ١٩٩٤، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٥- سيد الطواب: الاتجاهات النفسيه وكيفية تغييرها، مجلة علم النفس، العدد١٥، ١٩٩٠، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٦- سلوى على سليم : الإسلام والمخدرات - دراسة سسيولوجية لأثر التغير الاجتماعى على تعاطى الشباب للمخدرات، ١٩٨٩، مكتبة وهبه، القاهرة.

٧- سليمان بن قاسم الفالح: عوامل تعاطى المخدرات - دراسة للمحكوم عليهم داخل سجون الرياض، ماجستير غير منشور، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، ١٩٨٧، السعودية.

٨- سيف الإسلام بن سعود: تعاطى المخدرات فى بعض دول مجلس التعاون الخليجى - دراسة استطلاعية للعوامل المؤثرة فى ازدياد تعاطيها وأساليب الوقاية والعلاج، ماجستير نشر فى كتاب بنفس العنوان، ١٩٨٨، الناشر غير مبين، الرياض، السعودية.

٩. سلوى عبد القادر: خصائص شخصية المدمن بالمملكة العربية السعودية، .... دراسات نفسية، يناير ١٩٩٢ ،القاهرة.

١٠. سعد المغربى: تعاطى الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية، رسالة ماجستير (١٩٦٠) نشرت فى كتاب بنفس العنوان، الطبعة الثانية، دار الراتب الجامعى، ١٩٨٤، لبنان.

١١. سعد المغربى: سيكولوجية تعاطى الأفيون ومشتقاته، رسالة دكتوراه (١٩٦٦)، نشرت فى كتاب بنفس العنوان، ١٩٨٦، الهيئة المصرية العامه للكتاب، القاهرة.

١٢. طاهر عزالدين شلتوت: دراسة مقارنه حول استخدام العقاقير المؤثرة فى الحالة النفسية فى كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية، رسالة دكتوراه غير منشورة، طب الأزهر، قسم الأمراض النفسية والعصبية، ١٩٨٨، القاهرة.

١٣. عبد المنعم محمد بدر: مشكلاتنا الاجتماعية: أسس نظرية ونماذج خليجية، المكتب الجامعى الحديث، الكتاب الرابع، ١٩٨٥، الاسكندرية.

١٤. عادل صادق: الإدمان له علاج، ١٩٨٦، دار النشر للطباعة، القاهرة،

١٥. عبد الحكيم العفيفى: الإدمان، الزهراء للإعلام والنشر، ١٩٨٦، القاهرة.

١٦. عبد المجيد سيد منصور: الإدمان، أسبابه، مظاهره، الوقاية والعلاج، مركزأبحاث مكافحة الجريمة، الرياض، السعودية.

١٧. عزة عبد الغنى حجازى: الإدمان والأداء الإنسانى (الفنى - الرياضى - الأكاديمى) الدار الفنية للنشر والتوزيع، ١٩٩١ - القاهرة.

١٨. فاروق عبد السلام : سيكولوجية الإدمان، عالم الكتب، ١٩٧٧، القاهرة.

١٩. لطفى فطيم : العلاج النفسى الجمعى، الأنجلو، ١٩٩٥، القاهرة.

٢٠. محمد فتحى عيد: السنوات الحرجة فى تاريخ المخدرات- نذر خطر وعلامات تفاؤل، مركز أبحاث مكافحة الجريمة، ١٤١٠هـ، الكتاب رقم ٢٩ الرياض

٢١. محمد رمضان محمد: سيكولوجية الجناح نحو الإدمان، ١٩٨٨، الناشر غير مبين، القاهرة.

٢٢. محمد سلامة غبارى: الإدمان - أسبابه ونتائجه وعلاجه، دار منشأة المعارف الجامعية، ١٩٩١، الاسكندرية.

٢٣. محمد بن عواض الحارثى: مواجهة جريمة تعاطى المخدرات بين الشباب، ماجستير غير مشورة، المركز العربى للداسات الأمنية والتدريب، ١٤٠٧هـ، الرياض.

٢٤. محمد محمد شعلان: الاضطرابات النفسية فى الأطفال، الجزء الأول، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، ١٩٧٩، القاهرة.

٢٥. محمد حسن غانم: ديناميات الاحتياجات/ الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات - دراسة حضاريه مقارنه، رسالة دكتوراه غير منشورة آداب عين شمس، ١٩٩٦، القاهرة.

٢٦. مرزوق عبد المجيد مرزوق: أسباب تعاطى المخدرات والمسكرات فى أواسط الشباب - دراسة نفسية على هدى القرآن والسنة، المنظمة الإسلامية للتربية والثقافة والعلوم، مجلة الإسلام اليوم، ١٩٩٠ ،المغرب.

٢٧. مساعد منشط اللحيانى: دراسة نفسية اجتماعية لبعض العوامل المرتبطة بتعاطى المسكرات، مجلة كلية التربية، مكة المكرمة، العدد ٩، ١٩٨٢، السعودية.

٢٨. مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع - نظرة تكامليه، عالم المعرفة، العدد/ ٢٠٥ يناير ١٩٩٦، الكويت.

٢٩. مصطفى سويف، عبد الحليم محمود السيد وآخرون: المخدرات والشباب فى مصر: بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب، ١٩٨٧، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٣٠ - مصطفى سويف، عبد الحليم محمود السيد وآخرون: تعاط المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦، ١٩٩١، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٣١. مصطفى سويف، هلد طه وآخرون: تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات - دراسة ميدانية فى الواقع المغربى، المجلد السابع، ١٩٩٥، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٣٢. مصطفى سويف، زين العابدين بن درويش وآخرون: التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية بين طلاب الثانوى العام والفنى: تحليل مقارن للمتغيرات المصاحبة فى: الكتاب السنوى فى علم النفس، إشراف وتحرير/ فؤاد أبو حطب، الأنجلو، ١٩٨٩، القاهرة.

٣٣. مصطفى زيور: فى النفس - بحوث مجمعة فى التحليل النفسى،جى جى للطباعة والأوفست، ١٩٨٢، القاهرة.

٣٤- محيى الدين أحمد حسين : إعادة التأهيل والدمج الاجتماعى عند متعاطى المخدرات فى الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ٢٩-٣٠ أكتوبر ١٩٩٤، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٣٥- نايف محمد المرواني: الإدمان والمدمنون - دراسة نفسية اجتماعية، ١٩٩٤، الناشر غير مبين، الرياض السعودية.

٣٦- هند طه: الوقاية الأولية معناها وإجراءاتها فى الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، ١٩٩٤، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

المراجع الأجنبية

37 - **Aarin. T.B eck et al**: cognitive therapy of sup-stance abuse, 1993, the guilf of p Ren, U.S.A

38 - **Coderm**, 4. the social and culture context of cannabis use in Rwanda Parer substance taix international sngren of Anthrapallogical and ethmological science chicago, U.S.A. 1973.

39 - **Juditha Lewis:**, addictions - concepts and strategien for treatment by A spen bublication, U.S.A. 1994

40 - **Joan Dunne Ritten et el**: Social learning and teenage Dt ug use: An analysis of Family Dads "holth psy chalogy, Vol. 3 (4) 1984.

41 - **Helcon. p**: The secavery hand book the guide book and information manual of 12 step programe recovery, Edited by: Waltertl Bearge, U.S.A 1992.

42- **Kaplon, H..L Sadock, V.J.**: Synapsis of psychiatry unillians I wilkins, 1984.

43- **Khantizian. E.J.** Recce, C.D. S.M. III. R. 1985.

44- **Kosten T.A et al** : D.S.M. III R persinality in apiat addicts comprehausive. Psyhiatry, Vol: 2, No. 6, 1982.

45- **Kaplan et al**: self drag peen influences. weaking of social control and early substance use., Tournol of health and social behaviour vol 25, sep, 1984.

46- **Marto N.C.O**: The 14 Jay stress cure. Hovtton texas. U.S.A. 1991.

47 - **Madoline curran, David.M .F. L**: Couseling the addict in Anulticssin family , P safessional counseler, health coping cation, inc, U.S.A. 1994.

48 - **Marvin. P.D.** "social carrelates of Alcoral and other drug use A mony youthful B Lacks in an rban setteing" New arleans, lovisiana, the ansciation of Social and Behaviorol Scientists, March, 1983.

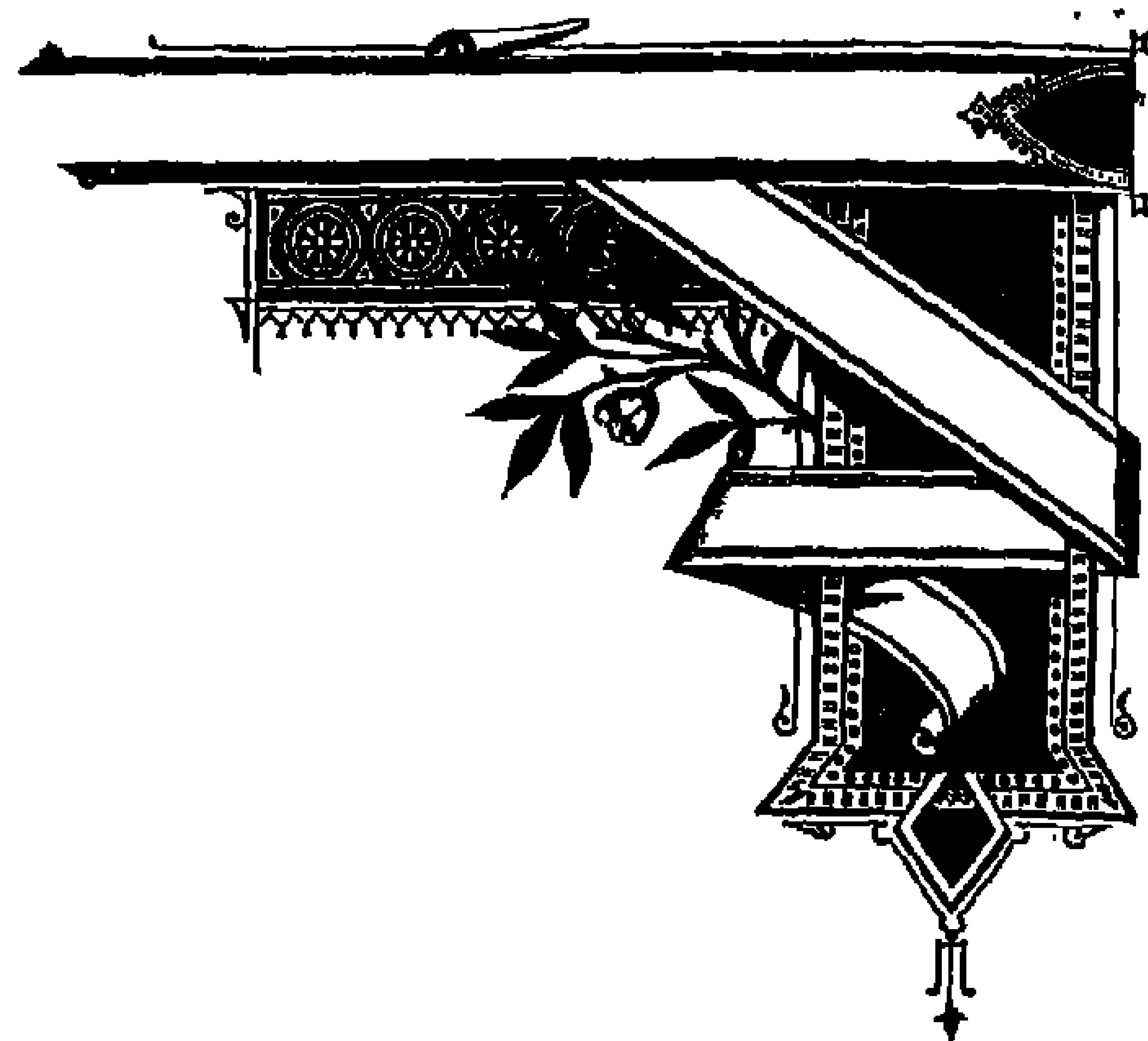
49- **Notmans.M. et al**: spychasis and Schasis and schizo phurenia, in: Alcohol and dray dependence, Psy chiatria Annn als, 24/8, Avgust, 1994.

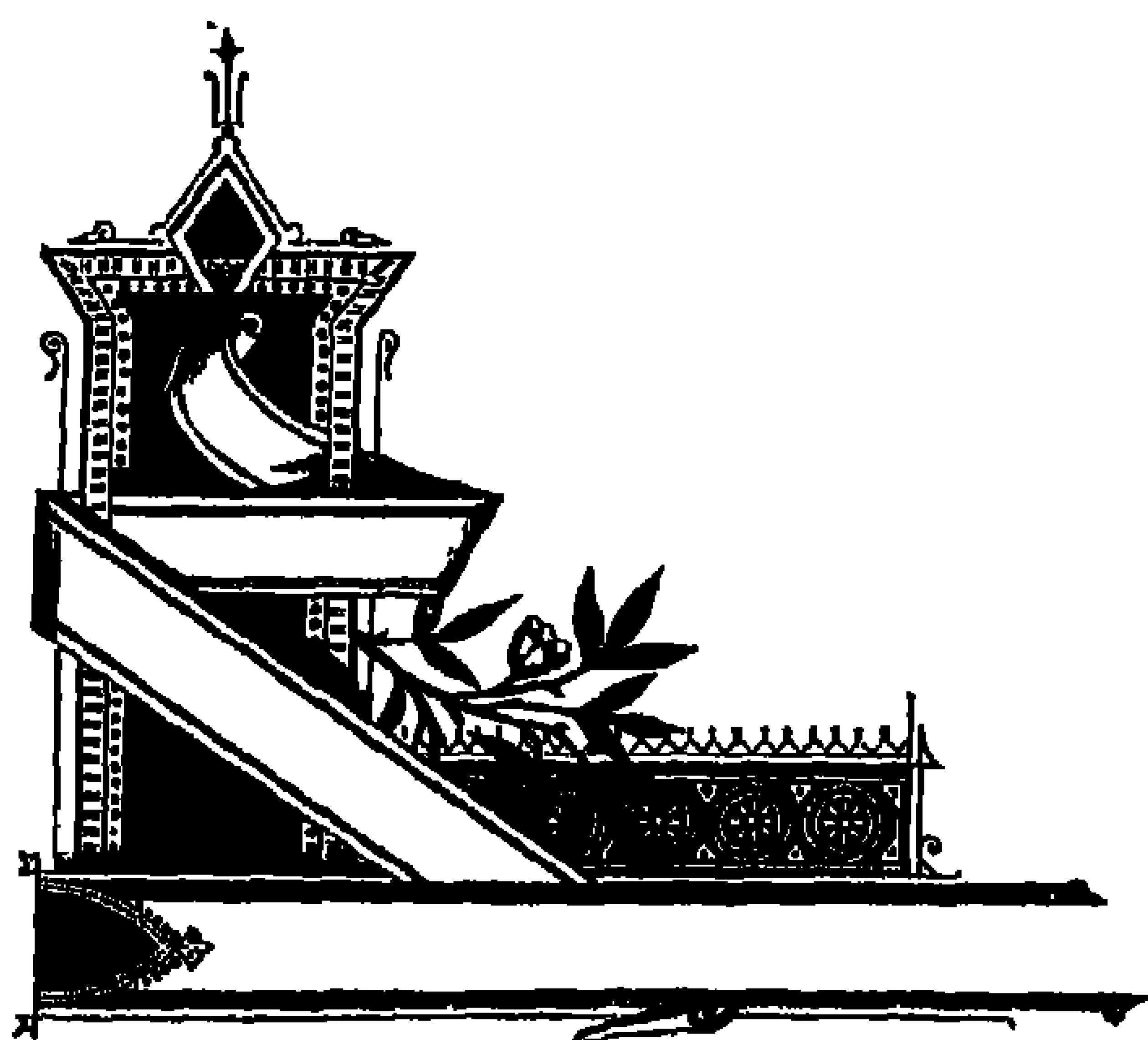
50 - **New comb, M**: impact of Adalescent druy use and social suppart on problems of yaurg Adults, J.of. Abnotrol psychology, 1989.

51 - **Richardk Ries et al**: Doul diagnosis concert, diagnais and treatment in: Current peychiatric therapy, edditar, by: David. Dunner. R.by.w.B. Saindess company, 1993.

52- **Sharp - C.W.**: Clinical and medical mamifestation of Volatile salvents in Abuse of valatile salvents and inhalauts: papers peresent at who, university sains Malayrial, 1988.

53- **PUYO, A** : Family headship and drug addiction Among Male, P ver to Rican Yanths, 1980.





فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم

د. سعيد بن عبدالله إبراهيم دبيس
أستاذ مشارك - قسم علم النفس
جامعة الملك سعود

د. السيد إبراهيم السمادوني
أستاذ مشارك - قسم علم النفس
جامعة الملك سعود

مقدمة :

يعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دورا مهما في حياة الفرد من حيث قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به، والتي تنعكس في اختياره للمنبهات الحسية المختلفة والمناسبة، حتى يتمكن من دقة تحليلها وإدراكها، والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف مع بيئته الداخلية أو الخارجية.

وقد حظي الانتباه باهتمام كثير من الباحثين على إعتبار أنه العملية التي تكون عصب النظام السيكولوجي بصفة عامة، فمن خلاله يمكن للفرد اكتساب الكثير من المهارات وتكوين كثير من العادات السلوكية المتعلمة التي تحقق له قدرا كبيرا من التوافق في المحيط الذي يعيش فيه (الشرقاوي، ١٩٨٤ : ٣٠) كما حظي باهتمام كبير في مراحل العمر المختلفة، وعلى الأخص مرحلة الطفولة.

ونظرا لأن الانتباه عملية عقلية نمائية، فإنه يلاحظ على الأطفال عدم قدرتهم على تركيز إنتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهنى نحو شيء محدد لفترة طويلة. كما أنهم لا يستطيعون أيضا أن يتحرروا من العوامل الخارجية التى تعمل على تشتت إنتباههم. إلا أنه يحدث تحسنا فى قدرتهم على الإنتباه مع تقدمهم فى السن (Stroh, 1980:2، السمادونى، ١٩٩٠).

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى وجود فئة من الأطفال يكون لديهم قصوراً - عجزا - فى الإنتباه، وأن هذا القصور لا يتوافق مع عمرهم. وتبين أيضا أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على الإستمرار أو الإحتفاظ بالإنتباه فترة طويلة، وغير قادرين على إنهاء ما يطلب منهم تأديته، وإندفاعيون مما يقعون فى أخطاء كثيرة، كما يكون لديهم عجزا فى السلوك التوافقى، فيتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح ومحدد، ولا يتبعون النصائح والتعليمات سواء من الوالدين أو المعلمين أو المحيطين بهم، وتعرف تلك الفئة باضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd) Attenttion Deficit Hy-peractivity Disorder (Apa, 1987' Barkely, 1990' Brito, et al., 1995' Carlson, et al 1995' Dykman, et al 1981' Lanowski, 1985).

وبسبب الآثار السلبية الناجمة عن إضطراب الإنتباه فأصبح يشكل مشكلة للوالدين والمعلمين ومن يتعاملون مع الأطفال المصابين بهذا الإضطراب، سواء على المستوى الأكاديمى أو المستوى السلوكى أو الإجتماعى. قد توصل باركى ومعاونوه (Barkley, et al., 1992) إلى أن إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد يؤثر على مدى تفاعلهم والديهم، فيبدون أكثر عصيانا فى كثير من المواقف للتوجيهات والأوامر التى توجه إليهم. كما أن حركتهم المفرطة وعدم الإستقرار داخل حجرة الدراسة تسبب مشكلة لدى المعلم. وبالنسبة للطفل ذاته، فإن هذا الإضطراب يحدث صعوبات أكاديمية، فقد أشار جيبسون (Gibson, 1978) أن الأطفال مضطرى الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd، يتصفون بضعف فى الذاكرة بسبب الخلل الوظيفى فى العمليةالادراكية والإنتباه والتشتت والإندفاعية والحركة الزائدة. (P.P210-211) لذلك اتجه الكثير من الباحثين إلى إستخدام أساليب علاجية مختلفة ومتنوعة كالعلاج بالعقاقير الطبية والعلاج السلوكى والمعرفى من الإقلال من الحركة وتشتت الإنتباه والاندفاعية (Gordon, et al., 1991' Kendall, 1990' Dupaul, et al., 1992' Kaiser,1993' Meichanbaum & Goodman, 1971' Douglas, et al., 1976' Gurney, 1987' Leung, et al., 1991).

وإذا كان اضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد يشكل مشكلة بالنسبة للأطفال فى سن المدرسة والمحيطين بهم فلنا حينئذ أن نتصور حجم المعاناة للمتخلفين عقليا ومن يقومون برعايتهم. وعلى الرغم من ذلك فلم تلق تلك الظاهرة الإهتمام الكافى فى مجال التخلف العقلى بنفس الإهتمام الذى تلقته من قبل الباحثين بالنسة للفئات الأخرى من غير العاديين مثل ذوى الصعوبات الأكاديمية والنمائية، وأيضا العاديين.

إن اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد يؤدى إلى ظهور مشكلات لدى الأطفال المتخلفين عقليا منها صعوبة إكتساب الخبرات للمهارات الأساسية، وإنخفاض مستوى أدائهم للوظائف المطلوبة سواء فى البيت أو المدرسة. والقيام ببعض السلوكيات غير المقبولة إجتماعيا Conduct Behaviors، فقد أشار كل من بيشل وزملاؤه Pueschel, et al., 1990 ودورت ومعاونوه Doret, et al., 1992 (In Heward & Orlanskey, 1992) إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية لدى فئات الأطفال المتخلفين عقليا المضطربين فى الإنتباه والمصحوب بنشاط زائد منها العدوانية وعدم التعاون مع زملائهم فى اللعب أو التعاون والمشاركة فى الأنشطة إضافة إلى حدة الحالة المزاجية.

وحول أداء الأطفال المتخلفين عقليا على بعض المهام التى تتطلب تركيز الإنتباه والإحتفاظ به خلال فترة الأداء، فقد تضاربت نتائج بعض الدراسات فقد توصل كل من جوزالى (Gozali, 1969) وشايب (Shipe, 1971) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين أداء المتخلفين عقليا القابلين للتعلم وأقرانهم العاديين من نفس العمر على إختبار تجانس الأشكال لكوجان. بينما توصل بيترز وديفز (Peters* Davies, 1981) إلى نتيجة عكس ذلك، حيث كانت الفروق فى الأداء دالة إحصائياً ولصالح الأطفال العاديين. وقد أرجع الباحثان سبب إنخفاض أداء الأطفال المتخلفين عقليا إلى إضطرابهم بالإنتباه من حيث تركيزهم وسرعة تشتتهم، كما أنهم لا يتريثون للتفكير فى كيفية الأداء على المهمة.

لذلك اتجهت بعض البحوث للإقلال من النشاط الحركى الزائد وعجز الإنتباه للأطفال المتخلفين عقليا، فقد أجرى دوكوورث وأخرون (Duckwoorth, et al., 1974) محاولة للإقلال من عجز الإنتباه والنشاط الحركى الزائد والإندفاعية باستخدام أسلوب التدريب على التمييز البصرى Visual Discrimination Training كما توصل بيترز وديفيز (Peters and Davies,1981) إلى أن أسلوب التدريب على التعليمات الذاتية كان فعالا فى الإقلال من الإندفاعية والنشاط الحركى الزائد لدى عينة من المراهقين المتخلفين عقليا، وهذا يؤكد ما أشار إليه ميكنبوم (Meichanbaum, 1977) أنه بالإمكان تغيير سلوك الأطفال عن طريق الحوار الداخلى وتقديم التعليمات للذات، وبذلك يمكن تطبيع الطفل إجتماعيا.

وسوف يستعرض الباحثان التطور التاريخى لاضطراب عجز الإنتباه والمصحوب بنشاط حركى زائد(Adhd) وأسباب حدوثه وأساليب علاجية مع التركيز على أسلوب الضبط الذاتى كأحد الإستراتيجيات المعرفية التى أثبتت فاعليتها فى تغيير السلوك المضطرب.

١- التطور التاريخى لاضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد Adhd.

أخذت مشكلة إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد فى السنوات الماضية بإهتمام كثير من الباحثين فى مجالات التربية وعلم النفس وطب الأطفال، وظهر فى تلك الفترة أكثر من ألفين مقالة فى المجلات والكتب العلمية المتخصصة، وتناولوها من زوايا متعددة. وخلال تلك الفترة ظهرت أوصاف ومسميات متعددة لاضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد، فقد أشار بعض الباحثين إليه على أنه اضطراب عضوى، بينما يرى البعض الآخر على أنه اضطراب سلوكى (السمادونى، ١٩٨٩؛ عجلان، ١٩٩١).

وبمراجعة مجموعة من الدراسات والبحوث التى اهتمت بالاضطرابات السلوكية فى مرحلة الطفولة، تبين إلى أن دراسة تلك الإضطرابات قد بدأت فى نهاية القرن الثامن عشر، ووضع وصفا للسلوك الحركى الزائد عام ١٨٤٥ فى قصص الأطفال وخصوصا القصة الشهيرة التى كتبها الفيزيائى الألمانى هيريتش هوفمان Heirich Hoff-man والمعروفة باسم Unkempt Peter (Maghadam & Fagan, 1994:13).

ونتيجة إصابة الكثير من الشعوب فى نهاية الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية بسبب إنتشار وباء التهاب المخ، تبين أن الأطفال المصابين بتخلف أو إصابة فى المخ أو إضطراب فى الجهاز العصبى المركزى (Cns) Central Nervous Systemيكون لديهم زملة أعراض سلوكية مثل الحركة المفرطة والقصور فى الإنتباه والإندفاعية. وتلك الأعراض تميز الأطفال مضطربى الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد (Jones, 1991: 2).

وفى العقود الأولى من القرن العشرين، اهتم الباحثون بدراسة مستويات السلوك المضطرب وربطها بوجود تلف فى المخ أو إضطراب فى الجهاز العصبى المركزى. (Paul, 1985: 73) وأكدت دراسة ستراوس وليتنن

(Strauss & Lehtinen, 1947) الرأى القائل أن النشاط الحركى الزائد وإضطراب الإنتباه يحدثان نتيجة خلل وظيفى بالمخ (Minimal Brain Dysfunction (Mbd وبذلك كانت المسميات الأكثر انتشارا فى الفترة من عام ١٩٤٠ ـ ١٩٧٠ زملة الخلل البسيط للمخ Minimal Brain Syndrom أو الخلل الوظيفى البسيط للمخ وأيضا رد الفعل الحركى المفرط Hyperkinetic Reaction .

وفى السنوات الأولى من عام ١٩٨٠، بدأ الإتجاه الذى كان سائدا من قبل والذى يشير إلى أن إضطراب الإنتباه إستجابة لحدوث تلف عضوى أو خلل وظيفى فى المخ يتناقص، وأن إضطراب عجز الإنتباه والحركة المفرطة والإندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية نهائية ناشئة من حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الفرد وبيئته (Deuel, 1981) .

وبذلك بدأ ينظر إلى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال على أنه إضطراب سلوكى، وعرف فى الدليل التشخيصى للإضطرابات العقلية ـ الطبعة الثانية ـ (Dsm- 11) بأنه «رد فعل حركى مفرط فى مرحلة الطفولة» (Apa, 1968) ثم حدث تطويرا فى تسمية هذا الإضطراب فى الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والتى نشرت عام ١٩٨٠ (Dsm- 111) وأعطى له تعريفا موسعا يشتمل على زملة من الأعراض السلوكية، وسمى بإضطراب عجز الإنتباه Atention Deficit Disorder . وقد صنف هذا الإضطراب فى فئتين فرعيتين، تعرف الأولى بإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد (Add -H)Attention Deficit Disorder With Hyperactivity، أما الثانية فتسمى بإضطراب عجز الإنتباه غير المصحوب بنشاط زائد Attention Deficit Disorder (Add - Wh) Without Hyperactivity (APA, 1980) .

وبناء على النتائج التى أجريت على عينة كبيرة قوامها (١٥٠٠) تلميذا من تلاميذ المرحلة الإبتدائية والتى قام بها كل من أوجست وجيرفينكل (August& Garfinkel, 1990) والتى تشير إلى أنه يوجد تأييد بسيط جدا لفئة إضطراب عجز الإنتباه غير المصحوب بنشاط زائد (Add - Wh) كان لها تأثير كبير على تطوير الدليل التشخيصى الذى أعدته رابطة الطب النفسى الأمريكى ـ الطبعة الثالثة ـ وظهرت طبعته المعدلة (Dsm - 111 -R) عام ١٩٨٧ . وحدث تعديل فى مسمى إضطراب الأنتباه إلى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd) .

إن مصطلح إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd) جاء نتيجة التداخل بين المصطلح الذى عرف فى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى للإضطراب العقلية، والمصطلح الذى اعتمد على الطبعة الثالثة وخصوصا إضطراب الإنتباه المصحوب بنشاط زائد (Add -H) .

وقد أشار نيوكورن ومعاونوه (Newcorn, et al., 1989) أن فئة إضطراب عجز الإنتباه مع نشاط زائد (Add -H) والذى اعتمدت على الدليل التشخيصى ـ الطبعة الثالثة (Dsm -111) لا تتماثل إجرائيا من الناحية التشخيصية مع الفئة (Adhd) التى اعتمدت على الطبعة الثالثة المعدلة (Dsm -111 - R, 1987) وبذلك يجب الحذر عند إستخدام أى من تلك الفئات عند إجراء بحوث عليها وإحداث تعميم فى النتائج، وسوف تعتمد الدراسة الحالية فى تحديدها لهذا الإضطراب على الدليل التشخيصى الطبعة الرابعة (Dsm - Iv, 1994) .

ب ـ تعريف اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد (ADHD) :

ورد فى الدليل التشخيصى الإحصائى للإضطرابات العقلية أن إضطراب عجزالإنتباه Attention Deficit Disorder يعنى عدم القدرة على الأنتباه والقابلية للتشتت، أى الصعوبة التى يواجهها الطفل فى التركيز عند قيامه بالنشاط ويكون نتيجته عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح.

وقد وضعت رابطة الطب النفسى الامريكى (APA, 1980) وصفا للطفل ذا الإنتباه المضطرب والمصحوب بالنشاط الحركى الزائد ،بأنه الطفل الذى يتصف بالعجز فى الإنتباه والمتمثل فى الصعوبة فى التركيز، وعدم القدرة على إنهاء الأعمال التى توكل إليه إضافة إلى ذلك الحركة المفرطة دون هدف محدد، . وفى الغالب يلاحظ على هؤلاء الأطفال أنهم لا يصغون جيدا لما يقال لهم، كما يتسمون بعدم الدقة فى أدائهم على أى نشاط يتناسب مع سنهم (P.40).

كما وضع كل من فرانك ومعاونوه (Frank, et al., 1989) ووالن (Whalen, 1989:147) وصفا للأطفال الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد بأنهم الاطفال الذين عادة ما يتصفون بإنتباه قصير المدى، ويحولون إنتباههم فجأة من نشاط إلى آخر دون إكمال النشاط الأول، أى أنهم غير قادرين على ضبط إنتباههم وتوجيهه بصورة مرضية، يظهرون نشاطا حركيا بصورة أكثر فى المواقف التى لا تطلب ذلك، فقد ينتقلون من مكان إلى أخر بصورة مزعجة ومستمرة، وفى داخل حجرة الدراسة يخرجون كثيرا من مقاعدهم ويتجولون فى الفصل بمقارنتهم بالعاديين. مما يحدث إزعاجا فى الفصل، كما يكونون مندفعين ومتهورين ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ولا يصغون جيدا للحديث.

وقد وضع جولد ستين وجولد ستين (Goldstein & Goldstein, 1990 : 8) تعريفا لإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd) اعتمد على نتائج دراسة كل من دوجلاس بيترز (Douglas & Peters, 1979) ودوجلاس (Douglas, 1985)، يفسر كيف أن هؤلاء الأطفال يتفاعلون مع البيئة المحيطة بهم. وأشارا إلى أن الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد المصحوب بنشاط حركى زائد (Adhd) يكون لديهم إستعداد بدنى يمكن من خلاله الشعور بالمشكلات المتعلقة بالإنتباه والجهد وكف القدرة على التحكم فى السلوك والنقص فى درجة الإستثارة والحساسية لها. ويشتمل هذا الوصف على المكونات الأربعة التالية:

١ ـ عدم القدرة على الانتباه : Inattention

لقد عرف منذ فترة طويلة الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد تواجههم صعوبة كبيرة فى تركيز الإنتباه والإحتفاظ به فترة عند ممارسة الأنشطة التى يقومون بها وخصوصا الأنشطة التى تتكرر كثيرا أو التى تتطلب تحدى كما أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة فى غربلة المثيرات التى ينتبهون إليها من المثيرات المشتته. كما أن لديهم قابلية للتشتت (Distractanility Strauss & Ke-phart, 1955).

٢ ـ النشاط الحركى الزائد (الاستثارة الزائدة) : Overarousal

يتميز الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد، بعدم الإستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة. كما أن هؤلاء الأطفال من السهل إستثارتهم إنفعاليا.

وقد أعطى المهتمون بسلوك الأطفال إهتماما كبيرا بالمظاهر المميزة لهؤلاء الأطفال ـ (ADHA) ـ فقد أشار البعض منهم إلى إرتفاع مستوى النشاط الحركى وعدم التقبل الإجتماعى لحركاتهم المفرطة. فقد يقومون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة، كما يكون لديهم صعوبة فى البقاء جالسين لفترة، وينشغلون فى عمل أشياء مزعجة كالسقوط عن الكرسى، قرع الأصبع، وقد يصدرون أصواتا غير ملائمة محدثين ضوضاء، أو يتكلمون بصوت عالى. (Fowler, 1991:1). ويشير باركر (Parker, 1995) أن تلك المظاهر تكون نفس الصفات التى وصفها المعلمون والتى يصفها الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد داخل حجرة الدراسة، إلا أن تلك الصفات تختلف بعض الشيء عن الصفات التى يتصف

بها المراهقون من تلك الفئة (P.3). وتكون تلك المظاهر أكثر وضوحاً لدى الأطفال المتخلفين عقليا (Peters & Davies, 1981).

٣ - الاندفاعية : Inpulsivity

إن الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد يميلون للإستجابة للأشياء دون تفكير مسبق، فلا يعرفون تبعات تعجلهم عند قيامهم بالأداء، كما يجدون صعوبة فى إنتظار دورهم ولا يفكرون فى البدائل المطروقة قبل أن يضعون قرارهم (Goldstein, et al., 1995:60).

وقد حددت رابطة الطب النفسى الأمريكى (APA, 1987) عدة معايير للحكم على هؤلاء الأطفال، حيث أشارت إلى أنهم يتصرفون بدون تفكير ويجدون صعوبة فى تنظيم عملهم وينتقلون بسرعة من عمل إلى آخر قبل إكماله، وكثيرا ما يقاطعون الآخرين وينادون بصوت مرتفع عن المعتاد، كما يجدون صعوبة فى إنتظار أدوارهم عند قيامهم بأنشطة معينة.

والمشكلة هنا لا تنحصر فى النقص فى معرفة ما يفعلونه وإنما فى عدم قدرتهم على التوقف فترة كافية للتفكير قبل صدور الإستجابة فهؤلاء الأطفال يندفعون بعنف وتهور ويكون سلوكهم فى غالبية الأحوال صادرا بدون تفكير، كما أنهم لا يستفيدون من أخطائهم السابقة التى وقعوا فيها وإنما يكررون دائما نفس الأخطاء لذلك يحتاجون إلى مراقبة أو إشراف عليهم (995:60Goldstein, et al., 1995:60). وقد توصل الباحثان فى دراسة سابقة لهما إلى أن الاطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة (القابلين للتعلم) يتصفون بالإندفاعية، ويكونون أكثر تشتتا مقارنة بالعاديين.

٤ - صعوبة الإرضاء: Difficulty With Gratification

إن الأطفال والمراهقين ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد لا يعملون جيدا فى حالة المكافآت والحوافز التى تقدم لهم فى فترات زمنية طويلة ويطلبون دائما أن تكرر مكافآتهم يوميا، ذلك لأن نتيجة أدائهم ترتبط بتكرار تلك المكافآت والمعززات الفورية (Goldstein & Goldstein, 1990:8).

وقد أشار بعض الباحثين إلى أن تلك الفئة لا تستجيب للحوافز بنفس طريقة الأطفال الآخرين. وافترضوا أن تكرار حدوث تدعيم سلبى للأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد يجعلهم لا يستجيبون للمطالب إلا عند إزالة المثير المنفر لهم وهذا عكس ما يتوقعون عند حدوث تدعيم لاحق لأدائهم (Haenlein & Caul, 1987' Goldstein, et al., 1995).

ويلاحظ أن المواصفات التى يتميز بها الأطفال مضطربى الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد تتماثل مع المواصفات التى يتميز بها الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد. كما أن خفض تلك المظاهر السلبية ينحصر فى عملية الضبط والتدريب على السلوك الإيجابى وإستبداله بها أكثر من إستخدام أساليب العقاب المختلفة والممثلة فى التعزيز السلبى.

جـ - أسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط الزائد (ADHD) :

اتجهت البحوث النفسية والطبية والتربوية لدراسة طبيعية وأسباب إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد، وقدمت تفسيرات متنوعة لتلك الظاهرة، فقدأرجعها البعض إلى عوامل وراثية وأرجعها البعض الآخر إلى عوامل بيئية، ونظر آخرون إلى هذا الإضطراب باعتباره إنعكاسا لعوامل عضوية عصبية، كحدوث خلل وظيفى فى المخ أو حدوث إصابة مخيه أو نتيجة خلل فى التوازن الكيمائى أو تأخر فى النضج أو عوامل بيئية متمثلة فى أساليب التنشئة الإجتماعية ... وغيرها.

وتفترض النظرية الوراثية أن ظروف نقل الرسائل الوراثية يمكن أن تؤدى إلى الإستعداد لفرط النشاط،

وبذلك وضع كانتويل (Cantwell, 1976) نموذجا يعرف بالنموذج الوراثى المتعدد الذى يشتمل على الناقلات الوراثية (P.214) .

ويرى موريسون واستوارد (Morrison & Steward, 1971) أنه لا توجد دراسة واحدة تؤيد هذا النموذج، وأن البحث فى السبب الوراثى لإضطراب الإنتباه المصحوب بنشاط زائد تكون نتائجه مضللة (P.189)، كما حاول وران (Warren, et al., 1971) دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد، إلا أنه فشل فى الحصول على أى دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى.

ويبرهن العديد من الباحثين على وجود علاقة بين إضطراب الإنتباه المصحوب بنشاط زائد والعوامل الوراثية المتعددة، حيث يؤكد باركلى (Barkley, 1985) قائلا أن أهم العوامل المسببة للنشاط الزائد هى العوامل الوراثية، كما أن هناك بعض الأدلة تشير إلى إحتمالية أن تكون بعض العوامل الجينية وراء النشاط الحركى الزائد مستدلين على ذلك بعدم هدوء الطفل المولود حديثا، ويؤكد على ذلك نتائج بعض الدراسات (Stewart & Olds, 1973' Conners, et al., 1980) التى أشارت إلى أن عددا من أباء الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد قد أظهروا علامات تعكس هذا الإضطراب فى طفولتهم، كما أن لهم إخوة أيضا زائدى النشاط.

ومن الاعتقادات الشائعة أن حدوث إصابة فى المخ تكون سببا فى ظهور أعراض إضطراب الإنتباه المصحوب بنشاط زائد، وقد ظهر هذا الإعتقاد عندما تم تشخيص عددا من الأطفال لديهم أعراض هذا الإضطراب بعد إنتشار وباء تلف المخ بعد الحرب العالمية الثانية (السمادونى ١٩٨٩ :٧).

وقد افترض ديورى Duyere, 1925 ـ نقلا عن السمادونى ١٩٨٩ـ أن ظهور سلوك حركى زائد لدى هؤلاء الأطفال يرجع إلى حدوث إصابة أو تلف نوعى فى المخ، وأكد على ذلك إستراوس وكيفارت (Strauss & Kephart, 1955) حيث توصلا إلى نتيجة مؤداها أنه يمكن الإستدلال على وجود إصابة أو تلف فى المخ من زملة المظاهر السلوكية للنشاط الحركى الزائد. إلا أن ويرى (Werry& Quay, 1972) وروس (Ross, 1981) اعترضا على أن الإصابة فى المخ تكون سببا رئيسيا فى ظهور أعراض إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد، فالإرتباط بينهما ضعيفا.

ويفترض فلاين وهوبس (Flynn& Hopson, 1981) أن حدوث خلل وظيفى فى الجهاز العصبى يؤدى إلى ظهور أعراض إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد كما أن العجز فى قيام أبنية المخ الأوسط وعدم القدرة على إحداث توازن بين ميكانزمات الكف والإستثارة يؤدى إلى حدوث هذا الإضطراب.

ويرى باركلى ومعاونوه (Barkley, et al., 1992) أن الخلل الوظيفى للمخ بسبب وجود مشكلة فى العمليات الحركية الإدراكية لدى الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب نشاط حركى زائد.

وهناك رأى آخر يشير إلى أن حدوث خلل فى التوازن البيوكيميائى ينعكس فى عدم قدرة المخ على إحداث توازن فى الأنظمة الكفية والإستثارية مما يؤدى إلى ظهور أعراض إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد (Winder, 1972).

أما بالنسبة للعوامل البيئية فهى متعددة، فيرى فولر (Fowler,1991) أن التسمم بالرصاص ربما يأتى نتيجة للأكل أو إستخدام بعض اللعب مما يؤدى إلى حالات شبيهة بأعراض إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد، كما أن حمض الأسيتيل سالسيلك والذى يوجد فى تركيب بعض المواد التى تضاف إلى بعض الأطعمة لإعطائها نكهة أو لون صناعيا يؤدى إلى حالات مشابهة أيضا.

أما العوامل البيئية المحيطة بالطفل والمتمثلة فى الأسرة والأساليب الوالدية فإن لها دور مهم فى إحداث إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد لما لها من تأثير قوى فى حياة الطفل وخاصة فى مراحل نموه الأولى. وأكد على ذلك الكثير من الدراسات، فيرى باركلى (Barkley, 1985) أن النشاط الحركى الزائد ليس أكثر من أن يكون نتيجة ضعف فى ضبط سلوك الطفل من قبل والديه، إذ أن طرق ترويض سلوك الطفل الضعيفة تؤدى إلى إضطراب فى سلوكه.

د ـ أساليب علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد:

على الرغم من تنوع الأساليب العلاجية لإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد إلا أن الدراسات والبحوث التى اجريت فى هذا المجال قد أشارت إلى أن أكثر الطرق العلاجية فاعلية هو العلاج السلوكى المعرفى.

ومن أولى الطرق العلاجية التى استخدمت لخفض سلوك عجز الإنتباه والنشاط الحركى الزائد العلاج بالعقاقير الطبية المنشطة Stimulance وكانت العقاقير الأكثر إستخداما فى ذلك الوقت حتى الآن الريتالين Retalin (الميثيل فيندات Methylphenidate) والديكسترين Dexedrine (كبريتات الديكسترو امفيامين Dextro-amphetamine Sulfate والسايليرت Cylert بيمولين الماغنيسيوم Magnesium Pimoline (Safer & Krager, 1988).

وقد أشار كل من دوبال وباركلى (Dupaul & Barkley, 1990) أن حوالى ما يقرب من ٩٠٪ من الأطفال المندفعين فى الولايات المتحدة الامريكية كان يتم علاجهم بعقار الريتالين. إلا أن هونت وآخرون (Hunt, et al., 1991) أشاروا إلى أن ٢٥٪ من الأطفال المندفعين المترددين على العيادات النفسية لا يستجيبون جيدا للعلاج بالعقاقير الطبية، كما أن آثار تلك العقاقير على التعلم والسلوك ليست جيدة بالرغم من أن البحوث العلاجية قد استخدمت فى الفترة الاخيرة العلاج بالعقاقير مع طرق علاجية أخرى لخفض الإندفاعية. وقد أشار لاندروم وآخرون (Landrum, etal., 1993) إلى أنه بسبب وجود آثار جانبية لتلك العقاقير فقد اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكى والعلاج السلوكى المعرفى.

وقد قام جولد ستين وجولد ستين (Goldstein& Goldstein, 1990) بمراجعة وتلخيص العديد من الأساليب المعرفية التى يمكن إستخدامها لهذا الغرض وقد تضمنت تلك الأساليب التسجيل الذاتى Self - recording والتى يقصد بها تعليم الأطفال من خلال كتابة المذكرات ووضعها داخل جداول مفيدة معدة لهذا الغرض، والتقييم الذاتى Self - evaluation، أى تعليم الأطفال على كيفية تقييم سلوكياتهم بطرق فعالة وصحيحة. والتعزيز الذاتى Self -reinforcement أى تعليم الأطفال وتدريبهم على تعزيز ذواتهم عند قيامهم بالاداء الصحيح والتعليم الذاتى Self - instruction أى تعليم الأطفال على كيفية التعامل مع المشكلات وكيفية حلها بفاعلية، وتوجية سلوكياتهم بطريقة منظمة، والتدريب القائم على العزو السببى At-tribution training أى بناء تقدير الذات والشعور بالقدرة على ضبط الذات وقد تم إستخدام مثل هذه الأساليب المعرفية مع الأطفال الذين يعانون من عجز نمائى De-velopmentalimpairement، بما فيهم الأطفال ذوى المشكلات التعليمية، والمشكلات السلوكية، وإصابات المخ، واضطرابات الإنتباه. كما تم إستخدامها فى دراسات علاجية لسلوكيات متنوعة منها السلوكيات المرتبطة بأداء النشاط On-task Performanceوالطاعة، وتقدير الذات، والمهارات الإجتماعية.

إن الافتراض المنطقى وراء إستخدام مثل هذه الأساليب والفنيات هو أن سلوكيات هؤلاء الأطفال يمكن

تعديلها عن طريق تعليمهم التفكير بطريقة مخالفة وبذلك يكتسبون الضبط الذاتى والقدرة على تغيير وتعديل سلوكياتهم بصورة أكثر فعالية.

وقبل أكثر من مائة عام أورد وليام جيمس أن الكلام الموجه إلى الذات يمكن أن يستخدم لمساعدة الناس لتركيز انتباههم على مشكلاتهم وضبط تلك المشكلات (In Ko-ziel, et al., 1993).

ويقوم هذه الاتجاه على افتراض أن الإنسان ليس سلبيا حيث لايستجيب للمثيرات البيئية فحسب ولكنه يتفاعل معها ويكّون مفاهيم حولها، وهذه المفاهيم تؤثر فى سلوكه، بمعنى آخر يعتقد القائمون بتعديل السلوك إلى أن هناك تفاعلا متواصلا بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك ويسمى باندورا (Bandura, 1977) هذا التفاعل بالحتمية المتبادلة.

إن دراسة العلاقة بين المثيرات والإستجابات بحد ذاتها لا تكفى ولكن لابد من دراسة العمليات المعرفية التى تتوسط هذه العلاقة. فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطى تفسيرا له ويستجيب له معتمدا على معنى المثير من وجهة نظره وفى ضوء ذلك يحاول معدلوا السلوك المعرفى تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية وكيفية تفسيره لها (الخطيب، ١٩٩٠: ٣٧٢).

والضبط الذاتى كأحد أشكال إعادة التنظيم المعرفى الذى يستهدف تدريب الطفل على تعديل أنماط التحدث للذات Self - Statement يؤدى بالتالى إلى تعديل السلوك. وينصب الإهتمام فى التنظيم الذاتى على التحدث إلى الذات بإعتباره العنصر الأساسى فى توجيه السلوك والضبط الذاتى. ويعتبر ميكنبوم (Meichenbaum, 1977) أول من طور هذا الأسلوب حيث تبين له أن التخلص من المشكلة يعنى التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة إنهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية.

وقد أورد ميكنبوم (Meichenbaum, 1977) سببين رئيسين لإبتكار أسلوب تعديل السلوك معرفيا من خلال تدريب الأطفال على تقديم التعليمات للذات Self- in-struction. أولهما يتمثل فيما قاله بعض علماء النفس الروسيين مثل فوجسكى (Vygotsky, 1962) ولوريا (Luria, 1961, 1969) الذين يرون أنه من الممكن كف السلوك الحركى والإندفاعى عن طريق الضبط اللفظى ويرى لوريا (Luria, 1961, 1969) أن الضبط الذاتى يمكن أن يمر بثلاث مراحل ففى المرحلة الأولى فان حديث الآخرين الذين هم فى العادة من الكبار يضبط ويوجه سلوك الطفل وفى المرحلة الثانية يتحدث الطفل بصورة علنية ويصبح كلامه المعلن منظم فعال لسلوكه وفى المرحلة الثالثة والأخيرة يتحدث الطفل لنفسه بطريقة غير معلنة مفترضا أن ذلك له دور فى ضبط الذات وبهذا يصبح الطفل إجتماعيا بواسطة التعليمات الداخلية المتبادلة التى يقدمها الطفل لنفسه. بينما لاحظ فوجسكى (Vygotsky, 1962) أن الإنتقال من الحديث الشخصى Interpersonal Speech إلى التفكير يمثل فروقا نوعية فى البناء المعرفى وثانيهما ما أشارت إلية البحوث المعملية من أنه بالإمكان تغيير سلوك الأطفال عن طريق تغيير الحوار الداخلى وتقديم التعليمات للذات.

وقد استخدم هذا الأسلوب بفعالية لمعالجة بعض الأنماط السلوكية غير التكيفية مثل القلق الإجتماعى والعدوان والتهور والنشاط الحركى الزائد وإضطراب عجز الإنتباه لدى الأطفال العاديين. وقد اشتهرت دراسة برونستاين وكوفلن (Bornstin & Quevillon, 1976) بإستخدام هذا الأسلوب أكثر من أى أسلوب أخر، حيث أجريت تلك الدراسة على عينة من الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد الذين تم تدريبهم على خطوات الضبط الذاتى التى وضعها ميكنبوم وجودمان (Meichenbaum & Goodman, 1971) وتلك الخطوات عبارة عن مجموعة التعليمات الذاتية المتمثلة فى:

١- أسئلة تتعلق بالسلوك المستهدف (مثل.. ما الذى يريده المعلم منى؟).

٢- اجابات عن تلك الأسئلة يقدمها الطفل نفسه (مثل.. المعلم يريدنى أن أرسم تلك الصورة..)

٣- تحدث ذاتى يهدف إلى توجيه الطفل لتأدية المهمة (مثل.. على أن أفعل كذا وكذا فى البداية).

٤- تعزيز ذاتى (مثل .. لقد فعلت المطلوب منى وعليه فالصورة جميلة جدا).

وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى أن أسلوب الضبط الذاتى أدى إلى خفض مظاهر النشاط الحركى الزائد المتمثل فى الحركة المفرطة والإندفاعية وزيادة الإنتباه..

ويرى باركلى (Barkley, 1985) أن أسلوب تدريب الأفراد على كيفية ضبط سلوكياتهم بأنفسهم يعتبر من أساليب تعديل السلوك التى تنمو بصورة سريعة وقد تخصص فى هذا المجال كل من دوجلاس وميكنبوم وكندال.

ويتم أسلوب الضبط الذاتى من خلال تقديم التعليمات للذات عن طريق تلفظ الطفل ببعض العبارات التى توجه للذات ففيها تسهل الألفاظ حدوث السلوك التوافقى أو تزيد من إحتمال حدوثه، وفيه يتعلم الطفل كيف يراقب سلوكه، وكيف يقارن ما بين السلوك الذى يقوم به والسلوك الذى كان من المفروض أن يؤديه، وكيف يعزز ذاته بعد أن يصل إلى المطلوب ويؤيد كندال (Kendal, 1984) هذا الرأى حيث يقول إن العلاج السلوكى المعرفى لتعليم الأطفال كيفية ضبط الذات هو عملية دمج الاجراءات السلوكية والمعرفية، ويتمثل فيه تدريبهم على تقديم التعليمات اللفظية للذات والتى تلعب دورا اساسياً ومهما فى الضبط الذاتى إضافة إلى بعض الاستراتيجيات الأخرى كالتعلم بالأنموذج ولعب الدور وتقييم الذات. وقد تم دمج تلك الاستراتيجيات فى البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة الحالية.

الدراسات السابقة:

تعددت وتنوعت الدراسات فى الآونة الاخيرة لدراسة إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد، فقد اهتم البعض منها بدراسة المظاهر الاساسية لهذا الاضطراب وتبين من نتائجها أن قصور الانتباه والسلوك الحركى الزائد والاندفاعية من أهم تلك المظاهر، إضافة إلى ذلك فقد أشارت نتائجها إلى أن الاطفال الذين يعانون من إضطراب عجز الانتباه لديهم مشكلات تعليمية ومشكلات تتعلق بضبط سلوكياتهم، وتوجيهها بصورة مقبولة. كما أنهم يعانون من صعوبة فى التركيز والانتباه ومشكلات فى التفاعل الاجتماعى (Alabiso & Hansen, 1977, Barkley, 1981, Liddell, 1991, Searight, et al., 1995).

وقد اهتمت تلك الفئة من الدراسات باستخدام أساليب متنوعة لتشخيص تلك الفئة من بينها أساليب المقابلة والملاحظة المباشرة كما استخدمت أيضا قوائم تقدير السلوك، وكانت قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، وقائمة تقدير السلوك المأخوذة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية (Dsm- Iv) من بين القوائم الاكثر شيوعا فى تشخيص إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد، إضافة إلى أساليب القياس الفسيولوجى.

كما تناولت دراسات أخرى أساليب علاجية مختلفة لخفض أعراض هذا الاضطراب السلوكى، وكان الضبط الذاتى عن طريق تقديم تعليمات ايجابية للذات من أكثر أساليب العلاج السلوكى المعرفى استخداما وخصوصا لدى تلاميذ المدارس وعلى الرغم من تعدد الدراسات على التلاميذ فى المدارس العادية إلا أن بعض الباحثين قد اتجهوا فى الآونة الأخيرة إلى التحقق من فعالية الضبط الذاتى فى خفض السلوك غير المرغوب لدى المتخلفين عقليا من الأطفال والمراهقين. وسوف يستعرض الباحثان بعض من تلك الدراسات التى إهتمت بتلك الفئة والبرامج العلاجية التى تناولتها الدراسات على عينات من المتخلفين وغير المتخلفين عقليا.

ففي دراسة قام بها «فــي» وزمــلاؤه (Fee, et al., 1993) استهدفت التعرف على مدى الفروق في النشاط الحركي الزائد وعجز الإنتباه ومشكلات السلوك الإجتماعي لدى ٥٠ من الاطفال المتخلفين عقليا متوسط أعمارهم ٧,٢ سنة وعينة أخرى مكونة من ٥٠ طفلا من العاديين تم تقدير سلوكهم بإستخدام قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل وقائمة ايوا (Iowa) لقياس عدم القدرة على الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وأيضا العدوان وقد تم فحص الفروق بين المجموعتين في تلك المظاهر السلوكية والإرتباطات الداخلية بين الأبعاد العاملية لقائمة كونرز والأبعاد الفرعية لمقياس ايوا. وقد تبين وجود إرتباط ضعيف بين السلوك الإجتماعي المضطرب بالنشاط الحركي الزائد وعجز الانتباه، بمقارنته بالأطفال غير المعاقين على الرغم من أن مشكلات الإنتباه ومشكلات السلوك الإجتماعي ترتبط بالتخلف العقلي بصفة عامة.

كما أجرى في وزملاؤه (Fee, et al., 1994) أيضا دراسة على عينة من الأطفال المتخلفين عقليا من ذوي إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وقد أجريت تلك الدراسة على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ٨ سنوات، موزعة في أربع مجموعات تم تقسيمهم وفقا لنسب ذكائهم، وقد طبق عليهم قائمة كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل المعدل وأيضا قائمة تشخيص أعراض إضطراب عجز الإنتباه والمأخوذة من الدليل التشخيصي الاحصائي المعدل للاضطرابات العقلية (Dsm111-R) واشتملت المجموعة الأولى على ٢٥ طفلا ممن يعانون من إضطراب عجز الإنتباه، بينما اشتملت المجموعة الثانية على ٢٥ طفلا من المتخلفين عقليا ممن لديهم اضطراب عجز الإنتباه، أما المجموعة الثالثة فقد اشتملت على ٢٥ طفلا من المتخلفين عقليا، في حين اشتملت المجموعة الرابعة (المجموعة الضابطة) على ٢٥ طفلا عاديا. وقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال العاديين ذوي إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والمتخلفين عقليا والذين لديهم أعراض إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على كل بعد من أبعاد قائمة كونرز. وقد أظهرت عينة التخلف العقلي بصفة عامة قلقا عاليا عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين، بينما سجل العاديون من ذوي إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مستوا عال عن المجموعات الأخرى على بعد السلوك الاجتماعي.

وقد قام دوجلاس وآخرون (Douglas, et al., 1976) بدراسة هدفت إلى مساعدة عينة من الأطفال من ذوي النشاط الحركي الزائد ليصبحوا أكثر فعالية وأقل اندفاعية، وقد استخدم الباحثون بعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي كبديل للعلاج الدوائي، والمتمثلة في النمذجة، والتعليمات الذاتية اللفظية، والتدعيم الذاتي، والضبط الذاتي إضافة إلى التدريب المباشر على بعض الأنشطة وقد تكونت عينة الدراسة من (١٩) طفلا من ذوي النشاط الحركي الزائد الذين يتصفون بالحركة المفرطة والإندفاعية ومشكلات الإنتباه تراوحت أعمارهم بين ٦ ـ ١١ سنة بمتوسط قدره سبع سنوات وتسعة أشهر. وتم تدريب هؤلاء الأطفال لمدة ثلاثة أشهر بمعدل جلستين اسبوعيا، بما مجموعة ٢٤ جلسة مدة كل جلسة ستون دقيقة وقد تم تطبيق بعض أدوات القياس المتمثلة في اختبار كاجان لتجانس الأشكال، متاهات بورتيوس، اختبار بندر- جشطلت، واختبار تكملة القصص، اضافة إلى بعض اختبارات الذاكرة المشتقة من إختبارات ديترويت لقياس الإستعداد للتعلم (الرياضيات)، كما تم تطبيق مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل على المعلمين والوالدين. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية التدريب المعرفي، حيث استطاع أفراد العينة تعلم الأسس العامة بدلا من الإستجابات المحددة الخاصة بالنشاط كما حدث تحسن جوهري بعد انتهاء التدريب مباشرة واستمر حتى بعد مضى ثلاثة أشهر. كما أشارت النتائج إلى انخفاض العدوانية وزيادة تحمل الإحباط.

كما قام كل من بيترز وديفيس (Peters & Davies, 1981) بدراسة استهدفت التعرف على فعالية برنامج تدريبى لضبط الذات باستخدام أسلوب التعليمات الذاتية فى خفض الاندفاعية كأسلوب معرفى لدى المراهقين المتخلفين عقليا. وقد اجريت الدراسة على عينة مكونة من (٢٧) مراهقا من الافراد المتخلفين عقليا (١٣ منهم من الذكور) متوسط العمر الزمنى لهم ١٦,٤ سنة بمدى عمرى يتراوح ما بين ١٢,٥ ـ ١٨,٨، ومتوسط العمر العقلى لهم سبع سنوات ونصف أى بمدى عمر عقلى يتراوح ما بين ٤ ـ ١٠,٧ سنة وقد تم تطبيق اختبار كاجان لتجانس الاشكال عليهم وتم إختيار مجموعتين من تلك العينة بناء على درجاتهم على المقياس تسمى إحداهما مجموعة المراهقين الاندفاعيين الحاصلين على درجات عالية فى عدد الاخطاء ومنخفضة فى الزمن المستغرق لصدور أول استجابة على المقياس وعدد أفرادها (١٤) مراهقا، وتسمى الاخرى بمجموعة المراهقين المترويين الحاصلين على درجات منخفضة فى عدد الاخطاء ودرجات عالية فى الزمن المستغرق وعدد أفرادها (١١) مراهقا وقد تم تقسيم المجموعة الاولى إلى مجموعتين إحداهما تلقت برنامج التدريب على الضبط الذاتى بطريقة التعليمات الذاتية المبنية على مراحل ميكنبوم للتعلم الذاتى أما المجموعة الثانية فقد اعتمدت على التعليمات الاولية الخاصة بالاداء وقد توصلت نتائج تلك الدراسة إلى أن أفراد المجموعة الاولى كانوا أكثر ترويا من أفراد المجموعة الثانية.

كما أجرى جورنى (Gurney, 1987) دراسة استهدفت التعرف على فعالية إجراءات تعديل السلوك فى زيادة تقدير الذات لدى عينة من الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه وقد تضمنت فنيات تعديل السلوك تعليمات الذات الإيجابية اللفظية. وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٨ تلميذاً بإحدى مدارس التربية الخاصة بالأطفال غير المتوافقين جميعهم ممن لديهم تقدير ذات منخفض تراوحت أعمارهم بين ١٠ ـ ١٢ سن وقد قام الباحث بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين من حيث الجنس والذكاء ومدة الإلتحاق بالمدرسة الخاصة ومستوى تقدير الذات إحداهما ضابطة والثانية تجريبية بمعدل ١٤ تلميذ فى كل مجموعة، وقد توصلت الدراسة إلى وجودفروق دالة إحصائيا فى تكرار التعليمات اللفظية الإيجابية الموجهة للذات للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تعديل السلوك كما توصلت أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائيا فى تكرار التعليمات اللفظية الإيجابية الموجهة للذات بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك (القياس البعدى) وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وقد قام لامكى وآخرون (Lamke, et al., 1988) بدراسة للتعرف على فعالية برنامج فى العلاج السلوكى المعرفى فى تغيير التعليمات اللفظية المقدمة للذات لدى عينة مكونة من ٣٠ تلميذا مراهقا ثم توزيعهم على مجموعتين متكافئتين إحداهما تجريبية وتضمنت ١٨ تلميذاً متوسط أعمارهم (١٣,٨٣) ومجموعة ضابطة وتضمنت ١٢ تلميذاً متوسط أعمارهم (١٤) وقد تم تطبيق مقياس التعليمات اللفظية الذاتية، ومقياس تقدير سلوك الطفل وقائمة تكساس للسلوك الإجتماعى على جميع أفراد العينة وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا فى التعليمات اللفظية الإيجابية الموجهة للذات بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

وللتعرف على فعالية برنامجى التدريب على ضبط الذات والتدريب السلوكى الذى يقوم به الوالدين فى علاج إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد قام هورن وآخرون (Horn, et al., 1990) بدراسة على عينة مكونة من ٤٢ طفلا ممن يعانون من عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد، تراوحت أعمارهم بين ٧ ـ ١١ سنة وقد تم تقسيم أفراد العينة فى ثلاث مجموعات تجريبية متجانسة من حيث العمر والذكاء ومستوى دخل الأسرة، وعدم وجود عجز بدنى أو أمراض نفسية، إضافة

إلى عدم تناولهم لأى عقاقير طبية وقد تلقت المجموعة التجريبية الأولى برنامجا فى التدريب على الضبط الذاتى فى حين تلقت المجموعة التجريبية الثانية برنامجا فى التدريب السلوكى الذى يقوم بتنفيذه الوالدين، أما المجموعة التجريبية الثالثة فقد تلقت البرنامجين معا. وقد تضمنت أدوات الدراسة إختبار للذكاء ومقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل (تقدير المعلم وتقدير الوالدين)، والدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المعدل (DSM111-R) والمقابلة الإكلينيكية، وقد توصل الباحثون إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا فى تقدير المعلمين لسلوك الأطفال فى المجموعات التجريبية الثلاثة قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجى كما توصلوا أيضاً إلى وجود فروق دالة إحصائيا فى تقدير الوالدين لسلوك أطفالهم قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجى كما توصلوا كذلك إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية الثالثة التى تلقت برنامج ضبط الذات مع برنامج التدريب السلوكى والمجموعتين التجريبيتين الاولى والثانية وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثالثة التى تلقت البرنامجين العلاجيين معاً.

كما قام بانياجوا (Paniagua, 1990) بدراسة استهدفت التعرف على فعالية التدريب اللفظى فى مقابل التدريب غير اللفظى فى زيادة الإنتباه عند الأطفال ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد وقد تكونت عينة الدراسة من خمسة أطفال تم تشخيصهم على أنهم يعانون من إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد تراوحت أعمارهم بين ٦ ـ ١٠ سنوات. وكان أهم ما توصلت إليه الدراسة أن جميع الأطفال أظهروا معدلات عالية فى إستخدام التعليمات اللفظية وغير اللفظية، حيث قاموا باستخدام التدريب اللفظى فى مقابل التدريب غير اللفظى بصورة ملحوظة (من ٣٠٪ فى بداية البرنامج إلى ١٠٠٪ فى نهاية البرنامج) عند تقييم البرنامج العلاجى مما ترتب عليه التقليل من أعراض إضطراب عجز الإنتباه مما انعكس بدوره على مستوى أداء الأطفال داخل حجرة الدراسة.

وفى دراسة إستطلاعية قام بها كل من بانياجوا وبلاك (Paniagua & Black, 1992) وذلك بهدف التعرف على فعالية العلاج السلوكى المعرفى باستخدام برنامج التدريب اللفظى فى مقابل التدريب غير اللفظى والتعلم بالملاحظة وذلك لخفض النشاط الحركى الزائد وإضطراب عجز الإنتباه لدى طفلتين فى سن المدرسة تعانيان من إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد وقد تم التحقق من خلوهما من أى إضطرابات عصبية وقدم للفتاة الأولى برنامج التدريب اللفظى فى مقابل التدريب غير اللفظى فى حين تم إتاحة الفرص للطفلة الثانية من مشاهدة الطفلة الأولى وقد تم تقديم البرنامج بالتبادل بين الفتاتين وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أثر دال للبرنامج فى خفض النشاط الحركى الزائد والتقليل من أعراض عجز الإنتباه.

أما والترزدورف (Waltersdorf, 1992) فقد قام بدراسة استهدفت التعرف على فعالية أسلوب النموذجة فى خفض بعض المظاهر السلوكية غير التكيفية (التشتت فى الإنتباه، السلوك التخريبى، الألفاظ البذيئة) وإرتفاع الأداء فى الرياضيات وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة أطفال ذكور يعانون من سوء التوافق وقد تم تشخيصهم جميعا على أنهم يعانون أيضا من إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد وقد تراوحت أعمارهم بين ٩ ـ ١٠ سنوات، حيث استخدم الباحث معهم عددا من المقاييس (مقياس تقدير المعلم، مقياس التدريب الوالدى مقياس الإنجاز) وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلى والبعدى فى المظاهر السلوكية غير التكيفية بعد تطبيق البرنامج لاصلح القياس البعدى حيث ظهر إنخفاضا واضحا فى المظاهر السلوكية غير التكيفية، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة فى مستوى الأداء فى الرياضيات بين القياسين القبلى والبعدى.

كما قام كوبكن (Koppekin, 1994) بدراسة تجريبية الغرض منها خفض السلوك الإندفاعى لدى

الأطفال المتخلفين عقليا باستخدام برنامج الضبط الذاتى المعتمد على التعليمات الذاتية وقد مرت تلك الدراسة بثلاث مراحل تمثلت المرحلة الأولى منها بأن يقوم الأفراد المتخلفين عقليا بالاختيار بين ثلاث مثيرات تتمثل فى ثلاث أصناف متنوعة من الأطعمة تتشابه مع بعضها إلى حد كبير وتختلف من حيث صلاحيتها للأكل حيث يقوم الفرد بالتمييز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة للأكل أما المرحلة الثانية فتتمثل فى تقديم المدعم وفقا للفترة الزمنية التى يستغرقها الفرد فى الوصول إلى الإستجابة الصحيحة، فى حين تتمثل المرحلة الثالثة فى تدريب الأطفال على التمييز بين الأطعمة وفقا لكمية الطعام. وكان أهم ما توصلت إليه الدراسة أن برنامج الضبط الذاتى أحدث تحسنا فى قدرة الأطفال المتخلفين عقليا على التمييز بين نوعية المثيرات وفقا لصلاحيتها وكميتها إضافة إلى خفض السلوك الإندفاعى لدى هؤلاء الأطفال.

كما قام سميث (Smith, 1995) بثلاث دراسات أجريت على الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم لخفض النشاط الحركى الزائد والإندفاعية ومشكلات الإنتباه. طبق عليهم مقياس تقدير المعلم لرينولدز وكامفوس Reynolds& Kamphaus, 1992 وقد تضمنت دراستين من تلك الدراسات ست مجموعات هى: مجموعة الأطفال (أعمار ٩ -١١) ومجموعة المراهقين (أعمار ١٢ - ١٨) قسمت كل منها إلى ثلاث فئات تشخيصية (متخلفين عقليا القابلين للتعلم، ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد العاديين. أما الدراسة الثالثة فقد طبقت على الأفراد المتخلفين عقليا القابلين للتعلم وأيضا الأفراد غير المتخلفين متكافئين فى العمر وتشير التحليلات إلى أن مجموعات الأفراد المتخلفين عقليا قد سجلوا مستويات عالية من أعراض إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد عن أقرانهم العاديين كما أن درجات النشاط الحركى الزائد لدى أفراد المجموعات ذوى التخلف العقلى لا تختلف إختلافا دالا عن مجموعات الأطفال ذوى إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد بينما تنخفض مشكلات الإنتباه بدلالة إحصائية بالنسبة لمجموعات التخلف العقلى القابلين للتعلم. كما أشارت النتائج أيضا إلى عدم وجود فروق دالة فى مستوى النشاط الحركى الزائد بين الفئات العمرية من لاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، بينما وجدت فروق دالة بين الاطفال المتخلفين عقليا والعاديين بعد تطبيق البرنامج العلاجى وذلك لصالح الاطفال العاديين.

وقد قام بولى (Poley, 1995) بدراسة استطلاعية للتعرف على أثر التدريب السلوكى المعرفى فى حجرة الدراسة لأطفال المدرسة الإبتدائية ذوى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد (Adhd) فى الفصول المدرسية النظامية وقد أجريت الدراسة على ٢٦ طفلا من الصف الثانى حتى الخامس الإبتدائى من مدارس ميرلاند الغربية، تم تشخيصهم من قبل على أنهم مضطربى الانتباه المصحوب بنشاط زائد وتم توزيعهم عشوائيا فى مجموعتين، إحداهما مجموعة ضابطة والأخرى تجريبية .وقد تلقت المجموعة العلاجية ثمان جلسات خلال أربعة أسابيع، استغرقت الجلسة التدريبية الواحدة ٤٥ دقيقة واستخدم نظام بسيط لتقديم المكافأةللتخلص من المشكلات السلوكية. وفى نفس الوقت زودت المجموعة الضابطة بمساعدة المعلم داخل حجرة الدراسة واستخدمت نفس نظام المكافأة الذى طبق فى المجموعة التجريبية. وقد أجريت التحليلات الإحصائية وتبين وجود فروق بين القياسين القبلى والبعدى ومقياس كونرز لتقدير المعلمين والوالدين لسلوك أبنائهم، ومقياس ضبط الذات وإختيار المفردات المأخوذ من مقياس المفردات المصور لأطفال الحضانة. وكان أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج عدم فاعلية البرنامج، إلا أن الدرجات الخام تشير إلى أن المجموعة التجريبية أحدثت تحسنا ملحوظا فى الإنتباه والضبط الذاتى للمعلم وأيضا فى خفض النشاط الحركى الزائد والاندفاعية لهذا يمكن القول أن إستراتيجية برنامج التدريب على العلاج السلوكى المعرفى للأطفال مضطربى الإنتباه المصحوب بنشاط زائد قد ظهر أثره مع العينة ككل عند المقارنة بين القياسين القبلى والبعدى.

نستخلص مما سبق عرضه من نتائج تلك الدراسات ما يلى:

- إن مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد تكون أكثر وضوحا لدى الأطفال المتخلفين عقليا عند مقارنتهم بالاطفال العاديين.

- أن الدراسات التى حاولت خفض النشاط الحركى الزائد والتقليل من مظاهر إضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا كانت قليلة عند مقارنتها بالدراسات التى اجريت على الأطفال العاديين.

- تنوعت الأساليب العلاجية بفنياتها المختلفة فى خفض إضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال غير العاديين إلا أن أغلب تلك الدراسات لم تركز على برنامج التدريب عن الضبط الذاتى فى التقليل من مظاهر إضطراب عجز الانتباه وخفض النشاط الحركى الزائد المصاحب له.

- ندرة الدراسات التى تناولت برنامج الضبط الذاتى عن طريق التعليمات اللفظية للذات للتقليل من مظاهر السلوك غير المرغوب فيه لدى الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم (Palkes et al., 1968, Douglas et al., 1976, Peters& Davies, 1981, Koppekin, 1994).

مشكلة الدراسة:

يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية فى التساؤل التالى:

«هل يؤدى استخدام برنامج سلوكى معرفى إلى خفض النشاط الحركى الزائد لدى عينة من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجى سلوكى معرفى فى علاج إضطراب عجز الإنتباه مع النشاط الحركى الزائد لدى عينةمن الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة الحالية على عينة من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ممن يعانون من إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد من معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض. كما تتحدد بالادوات والبرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة.

فروض الدراسة:

١ - توجد فروق ذات دلالة احصائية فى درجة إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد كما تقيسها قائمتى تقدير سلوك الطفل بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعةالتجريبية وذلك لصالح القياس البعدى.

٢ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى درجة إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد كما تقيسها قائمتى تقدير سلوك الطفل بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبى لصالح المجموعة التجريبية.

إجراءات الدراسة:

أ. عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (١٠) أطفال من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ممن يعانون من إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد من معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض تراوحت أعمارهم بين ١١ و ١٥ سنة بمتوسط قدره ١٣,١ وانحراف معيارى قدره ١,٣٧, وقد تم اختيار تل العينة وفقا للشروط التالية:

١- أن يكون الطفل غى مصاب بأية أمراض عضوية وقد تحقق الباحثان من ذلك عن طريق السجل الطبى لكل طفل.

٢- أن يكون الطفل ليس لديه أية اضطرابات عصبية وقد تحقق الباحثان من ذلك باستخدام قائمة المسح النيرولوجى (كامل، ١٩٨٩).

٣- أن لا يكون الطفل تحت تأثير أى عقاقير طبية يمكن أن تؤثر على نشاط الطفل وقدراته العقلية وقد تحقق الباحثان من ذلك عن طريق السجل الطبى لكل طفل، إضافة إلى سؤال الوالدين.

٤ - أن تتراوح نسب ذكاء أفراد العينة ما بين (٦٠ إلى ٧٠) وقد تم استخدام اختبار وكسلر لذكاء الاطفال - الجزء العملى - وذلك لقياس نسبة ذكاء كل طفل.

وقد تم تقسيم أفراد عينة الدراسة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين هما:

١ - المجموعة الضابطة: وتتكون من خمسة أطفال من المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. وتلك المجموعة لم يستخدم معها أى إجراء علاجي.

٢- المجموعة التجريبية: وتتكون من خمسة أطفال من المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. وتلك هى المجموعة التى طبق عليها برنامج العلاج السلوكى المعرفى المستخدم فى هذه الدراسة.

وقد تم التحقق من تجانس المجموعتين فى العمر، والذكاء، وإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد باستخدام الاسلوب الاحصائى اللابارامترى (مان ويتنى).

جدول رقم (١)

يوضع قيمة U ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لأعمار المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى العمر فى القياس القبلى

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٥,٣	٩	غير
المجموعة التجريبية	٥	٥,٧		دالة

ويتبين من الجدول رقم (١) عدم وجود فروق دالة بين متوسطات رتب أعمار أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث بلغت قيمة (U) (٩) وتلك القيمة غير دالة إحصائيا وهذا يعنى أن أعمار أطفال المجموعة الضابطة لا يختلف عن أعمار قرنائهم ذوى المجموعة التجريبية.

جدول رقم (٢)

يوضح قيمة U ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لنسب ذكاء المجموعتين الضابطة التجريبية فى القياس القبلى

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٤,٩	٨	غير
المجموعة التجريبية	٥	٦,١		دالة

ويتبين من الجدول رقم (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الرتب لنسب ذكاء المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث بلغت قيمة (U) (٨)، وتلك القيمة غير دالة إحصائيا وهذا يعنى أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متجانستين فى نسب الذكاء.

جدول رقم (٣)

يوضح قيمة U ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبيةفى النشاط الحركى الزائد وعدم القدرة على الإنتباه (قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل) فى القياس القبلى

المتغير	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
النشاط	المجموعة الضابطة	٥	٦,١	١٠,٥	غير
الزائد	المجموعة التجريبية	٥	٤,٩		دالة
النشاط	المجموعة الضابطة	٥	٥,١	١٠,٥	غير
الزائد	المجموعة التجريبية	٥	٥,٩		دالة

يتبين من الجدول رقم (٣) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فى النشاط الحركى الزائد، وعدم القدرة على الإنتباه، حيث بلغت قيمة (U) (١٠,٥)، وهى قيمة غير دالة إحصائيا، وهذا يعنى أن المجموعتين متجانستين فى كل متغير من المتغيرين السابقين.

جدول رقم (٤)

يوضح قيمة U ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد فى القياس القبلى (DSM - IV)

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٥,١	١٠,٥	غير دالة
المجموعة التجريبية	٥	٥,٩		

يتبين من الجدول رقم (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد، حيث بلغت قيمة (U) (١٠,٥)، وهى قيمة غير دالة إحصائيا وهذا يعنى أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متجانستين فى إضطراب عجز الإنتباه.

ب - أدوات الدراسة:

أولاً: قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل

Conner's Behavior Rating Scale - Cbrs

وضع تلك القائمة - الصورة أ - كونرز عام ١٩٦٩م، والتى يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل حجرة الدراسة وخارجها للتعرف على مظاهر الاضطراب لديه. ووضعت القائمة لتستخدم للاعمار من سن ٤ سنوات حتى ١٤ سنة. (السمادونى، ١٩٩١).

وتتكون القائمة من (٣٩) صفة لوصف سلوك الطفل فى مواقف متعددة موزعة فى صورة مقياس رباعى متدرج من صفر: ٣ وتتوزع الدرجات على فئات فرعية ثلاثة هى:

* السلوك داخل حجرة الدراسة Classroom Behavior.
* المشاركة فى نشاط الجماعة Group Particioation.
* الاتجاه نحو ذوى السلطة Attitude Toward Authority.

وقد اجريت دراسات عاملية على تلك القائمة، فقد قام كونرز ١٩٦٩م بإجراء تحليل عاملى لاستجابات ١٠٣ تلميذا من تلاميذ المدرسة الابتدائية، وتوصلت الدراسة إلى خمسة عوامل هى: العدوانية - عدم القدرة على الانتباه - القلق والمخاوف - النشاط الزائد والاجتماعية. كما توصل كانتويل (Cantwell, 1975) واستيوارت (Stewart, 1981) بوجود خمسة ابعاد عاملية هى: النشاط الزائد - عدم القدرة على تركيز الانتباه - الاندفاعية - السلوك العدوانى وايضا السلوك الاخلاقى.

وقد قام السمادونى (١٩٨٩)، بتعريب تلك القائمة للعربية لاستخدامها وحساب ثباتها وصدقها بعدة طرق واعدت لتلائم البيئة العربية. واجريت دراسات عليها فى البيئة المصرية. وتوصل فى دراسته العاملية التى اجريت عام ١٩٩٠م، إلى خمسة عوامل هى: النشاط الزائد - عدم القدرة على الانتباه - الاندفاعية - العدوانية - الاجتماعية.

كما قام السمادونى ودبيس (تحت النشر) بتطبيق تلك الاداة على عينة مكونة من (٣١١) من الاطفال المتخلفين عقليا بمعاهد التربية الفكرية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية وقد تم حذف عبارتين من الاداة لعدم مناسبتها للمتخلفين عقليا وأصبح المقياس مكونا من (٣٧) عبارة وقد تم التحقق من صدق القائمة المعدلة بطريقتى الاتساق الداخلى والصدق التمييزى وتوصل الباحثان إلى

أن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى يفوق ٠,٠١ ما عدا عبارتين فقط كانت قيم معاملات الارتباط لهما دالة عند مستوى ٠,٠٥

كما تم التحقق من ثبات القائمة بطريقتين، أولهما طريقة الفا كرونباخ حيث تراوحت قيم معامل الثبات لأبعاد القائمة بين (٠,٦٢ :٠,٨٨) وثانيهما بطريقة التجزئة النصفية حيث تراوحت قيم معاملات الثبات لأبعاد القائمة بين (٠,٦٠ : ٠,٨٩) وتدل تلك القيم على تمتع القائمة بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، مما يعنى أن القائمة بصورتها المعدلة صالحة للاستخدام على عينة الدراسة الحالية.

ثانياً : قائمة تقدير سلوك الطفل المأخوذ من الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات العقلية: (DSM - IV).

تتكون القائمة من أربعة عشر بندا مأخوذة من الدليل التشخيصى الإحصائى للأمراض العقلية - الطبعة الرابعة (DSM -IV)) وفى هذا الدليل يقوم المعالج أو المعلم أو الطبيب أو الوالدين بتقدير المظاهر السلوكية لإضطراب عجز الإنتباه لدى الطفل، حيث يكون هذا الإضطراب خفيفا بانطباق عدد قليل من تلك المظاهر على الطفل، بينما يكون هذا الإضطراب متوسط الشدة عندما ينطبق نصف عدد تلك المظاهر أو يزيد عنها قليلا وتتمثل تلك الشدة بين المستوى الخفيف والمستوى الشديد وتكون درجة شدة إضطراب عجز الإنتباه حادة عندما ينطبق عدد كبير من تلك المظاهر على الطفل مما يعيق آدائه داخل البيت والمدرسة ويعيق علاقاته مع أقرانه.

وقد قام الباحثان بتعريب تلك المظاهر ووصفها فى قائمة للحصول على تقدير كمى يعكس درجة إضطراب عجز الإنتباه عند الأطفال، حيث وضعت القائمة فى صورة مقياس رباعى (لا تنطبق على الإطلاق = صفر، تنطبق قليلا = ١ أحيانا = ٢، تنطبق دائما = ٣).

كما قام الباحثان بالتحقق من صدق وثبات القائمة على النحو التالى:

(١) : صدق القائمة:

٣ - الصدق المنطقى:

تم عرض القائمة بعد تعريبها على إثنين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس جامعة الملك سعود للتعرف على مدى مطابقة الترجمة العربية للصورة الأصلية وقد قام الباحثان بتعديل الترجمة فى ضوء الملاحظات التى أبداها المحكمين.

- تم عرض الترجمة العربية بعد تعديلها على مجموعة من المعلمين بمعهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض وذلك للتعرف على مدى وضوح صيغة العبارات وملاءمتها لعينة الدراسة.

- تم عرض القائمة بصورتها النهائية على مجموعة من المحكمين (٧ محكمين) من أعضاء وعضوات هيئة التدريس بقسم علم النفس جامعة الملك سعود للحكم على مدى مناسبتها كأداة تشخيصية لإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وقد تراوحت نسب إتفاق المحكمين بين (٨٦٪ تقريبا:١٠٠٪)، وبذلك تم الإحتفاظ بجميع العبارات كما حددها الدليل التشخيصى الرابع.

ب - الإتساق الداخلى:

قام الباحثان بتطبيق القائمة على عينة إستطلاعية قوامها ٦٠ طفلا من الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة بمعهد التربية الفكرية بشرق الرياض. وقد حسبت معاملات الإرتباط بين درجة كل بند من بنود القائمة والدرجة الكلية لها. وقد تراوحت قيم معاملات الإرتباط بين (٠,٤٨٣ : ٠,٨٧٧) وجميعها دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١

جـ - صدق المحك:

قام الباحثان بإيجاد معاملات الإرتباط بين ثلاثة أبعاد من قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل والدرجة الكلية للقائمة، وكانت معاملات الإرتباط على النحو التالى: (٠,٧٥٩) لبعد عدم القدرة على تركيزالإنتباه، (٠,٨٣٣) لبعد النشاط الزائد، (- ٠,٦٠٨) لبعد الاجتماعية.

د : الصدق التمييزى:

طبقت قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل (تقدير المعلم) على عينة من الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة (ن = ١٣٦ طفلا) وقد اختيرت مجموعتين من الأطفال الذين يقعون فى الإرباعى الأعلى (ن = ٢٨) والإرباعى الأدنى (ن = ٣١) على بعدى النشاط الزائد وعدم القدرة على الإنتباه ثم طبقت قائمة مظاهر إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) على أطفال هاتين المجموعتين والجدول التالى يوضح تلك النتائج.

جدول رقم (٥)

يوضح المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدرجات مجموعتى الإرباعى الأعلى والإرباعى الأدنى على قائمة تقدير إضطراب بحفز الإنتباه المصحوب بنشاط زائد

المجموعات	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت	مستوى الدلالة
الارباعى الأعلى	٢٨	٣٢,٠١	٥,٢٩	٢٥,١٤	٠,٠٠١
الإرباعى الأدنى	٣١	١٨,١٨	٦,١٢		

ويتبين من الجدول رقم (٥) وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الإرباعى الأعلى ومجموعة الإرباعى الأدنى المقسمة فى ضوء تقديراتهم على قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، حيث بلغت قيمة (ت) ٢٥,١٤، وهى قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) مما يدل على أن القائمة لها قدرة تمييزية عالية.

(٢) ثبات القائمة:

قام الباحثان بإجراء ثبات القائمة بالطريقتين التاليتين:

أ - طريقة إعادة التطبيق: حيث قام المعلمون بتقدير سلوك عينة من الأطفال المتخلفين عقليا قوامها (٦٠ طفلا) باستخدام تلك القائمة ثم أعيد التقدير مرة أخرى على نفس الأطفال بفاصل زمنى قدره ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل الإرتباط بين التقديرين (٠,٨٧٥)، وهو معامل مرتفع.

ب - طرية التجزئة النصفية: حيث حسب معامل الإرتباط بين جزئى المقياس (العبارات الفردية والزوجية)، وقد بلغت قيمته (٠,٨٤٢)، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون أصبح معامل الثبات للقائمة ككل (٠,٩١٤)، وتلك القيمة عالية، مما يدل على ثبات تلك القائمة.

جـ - برنامج التدريب على الضبط الذاتى:

الهدف الاساسى لبرنامج ضبط الذات هو مساعدة الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة والذين يتصفون بإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد على كيفية ضبط الذات لديهم عن طريق تقديم التعليمات للذات، ويعتبر هذا الأسلوب من أفضل الأساليب التى تجعل الضبط نابعا من الداخل وليس من الخارج، فالخارج ليس مستمرا وملازما للفرد، إذ عندما يذهب أو ينعدم الضبط الخارجي ينعدم ضبط الذات، حيث يرى ميكنبوم (Meichenbaum, 1977,1981) ويؤكد عليه باستمرار أن الشيء المهم والأساسى فى تغيير السلوك المضطرب لدى الأطفال بنجاح هو تدريبهم على الحديث الموجه للذات أو الحوار الداخلى لدى الطفل.

ويتم فى أسلوب التعليم الذاتى Self -- Instruction كأحد أساليب ضبط الذات تقديم التعليمات للذات عن طريق تلفظ بعض العبارات التى توجه الذات، وفيها تسهل الألفاظ حدوث السلوك التوافقى، أو تزيد من احتمالية

حدوثه حيث يتعلم الطفل كيف يراقب سلوكه، وكيف يقارن بين السلوك الذى يصدره والسلوك الذى يجب أن يصدره، وكيف يعزز ذاته بعد أن يصل إلى المطلوب (Kendall & Braswell, 1985).

لذا يلاحظ أن الدراسات الإميريقية التى استخدمت أسلوب التعليم الذاتى فى تغيير السلوك المضطرب قد افترضت أن معارف الفرد المضطرب المتمثلة فى أفكاره الذاتية (الأوتوماتيكية) Automatic Thoughts(الصور الذهنية والتعبيرات الذاتية) تعتبر جزءا من الإستجابة غير التوافقية وفى ضوء هذا الإفتراض يتطلب برنامج الضبط الذاتى من الفرد المراد تغيير سلوكه المضطرب أن يكون متيقظا للدور الذى تلعبه تلك الأفكار فى السلوكيات المتتالية (Meichenbaum, 1977:P.34)

إن عددا من المنظرين أمثال بريماك (Premack, 1970) وبيرجن (Bergin, 1967) أكدوا على أهمية العملية العلاجية بالنسبة للفرد، حيث يريا أن تلك العملية العلاجية تعمل على تغيير الأفكار الذاتية التى تسبق الإستجابة غير التكيفية، والتى تحدث تعليمات ذاتية تتعارض مع الصور الذهنية المكونة لدى الفرد والتى تجعل الفرد يتعلم كيف يعدل من الإستجابات غير التكيفية لتصبح سلوكا توافقيا يصدر فى الظروف العادية.

ويرى ميكنبوم (Meichenbaum, 1981) أن تعديل السلوك معرفيا عن طريق تقديم التعليمات للذات تتركز على تعليم الأطفال كيفية التخطيط والتفكير قبل الإستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والإستماع جيدا قبل إصدار أى إستجابة، ومساعدة الأطفال على إستخدام الحوار الداخلى وتقديم التعليمات للذات قبل الإندفاع والإسراع فى الأمور وفى هذا البرنامج يتعلم الطفل كيف يفكر فى المتطلبات المختلفة.

ويتم تدريب الأطفال على العبارات اللفظية التى تستخدم كتعليمات تقدم إلى الذات وقد أشار عليها ميكنبوم - فى جتلمان (Gittelman, 1981, P.1124) فيما يلى:

أ- التعريف بالمشكلة: العبارات اللفظية التى تحدد المشكلة مثل: (ما الذى يجب أن أعمله؟)

ب- أسلوب حل المشكلة: العبارات اللفظية التى تبين أسلوب حل المشكلة مثل:على أن أحاول أن أصل إلى نهاية هذا النشاط «المتاهة مثلا».

جـ- تركيز الإنتباه: العبارات اللفظية التى تهدف إلى تركيز الإنتباه مثل : يجب على أن أنظر إلى الأمام وأراقب الطريق بدقة وبعناية.

د. التعايش مع المشكلة من حيث مواجهة الخطأ والتغلب على الصعاب، والعبارات اللفظية التى تبين ذلك مثل:لا، هذا ليس بصحيح، علىّ أن أمحو الخط بدقة وأسير ببطء وبدقة.

هـ- تعزيز الذات: مثل العبارة التالية: عملتها ووصلت إلى النهاية، لقد أديت النشاط بشكل رائع.

وبالإضافة إلى ما سبق فإن بعض الباحثين قد أضافوا عبارات لفظية أخرى تدل على مراقبة الذات أو تقييم الذات وذلك لتصحيح الخطأ وتقييم التقدم مثل: (هل ما فعلته هو المطلوب منى؟)، (يجب على أن أفحص كل جزء فى النشاط بدقة وأتأكد أننى عملت شيئا صحيحا)، (الأفضل أن أعيد النظر مرة أخرى.(Konstantareas & Homatidis, 1983).

وعن طريق هذه العبارات يتدرب الطفل ذوى النشاط الزائد على تنمية الزسلوب المعرفى ليتمكن من تقدير متطلبات كل موقف أمامه. وتترسخ وتتوسع العبارات المقدمة إلى الذات خلال الجلسات المتعاقبة والتى يقوم فيها المعالج بأداء نماذج من هذه العبارات وهو يتحدث بصوت مسموع (مرتفع) مرة، وصوت مهموس مرة ثانية، وصوت خفى مرة ثالثة. حيث يتدرب الطفل على إستخدامها بنفس الأسلوب الذى اتبعه المعالج. وهذا ما اتبعته الدراسة الحالية بالنسبة للأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة.

وقد اتبع الباحثان الحاليان اقتراحات ميكنبوم (Meichenbaum, 1981) ودوجلاس (Douglas, 1975: PP.206- 208) حول كيفية إجراء برنامج تدريب الأطفال المتخلفين عقليا والمندفعين على تقديم التعليمات للذات بصورة أيسر وأفضل:

١ - إستخدام اللعب التى يفضل أن يلعب بها الطفل المتخلف عقليا للبدء بها وتعليم الطفل على التحدث للذات (كيف يتكلم مع نفسه).

٢ - إستخدام الأنشطة التى تتطلب إستراتيجيات معرفية متعاقبة بدرجة عالية للوصول إلى الحل وما يتناسب مع الأطفال المتخلفين عقليا.

٣ - إستخدام أسلوب رفاق الطفل وكيف يقومون بأداء المطلوب بصورة معرفية أمام الطفل ليقوم بنفس الأداء بعد ذلك.

٤ - التحرك خلال جلسات البرنامج وفقا لحالة الطفل وتعليمه مجموعة متنوعة من العبارات المقدمة للذات والتى تشتمل على عدد متنوع من عبارات حل المشكلة ومعايشتها وتعزيز الذات.

٥ - إضافة إلى تدريب الطفل على العبارات المقدمة للذات، يتم تدريبه على ابتكار عبارات ترتبط بالمطلوب وعدم موافقته على العبارات التى يتلفظ بها من غير تفكير وبصورة ميكانيكية (آلية).

٦ - وجود المعالج الذى يتصف بالنشاط والحيوية والذى يستجيب إيجابيا وبسرعة للطفل.

٧ - تعليم الطفل على استخدام أسلوب التعليمات الذاتية حتى مع الإستجابات (الضعيفة - ذات الشدة المنخفضة - والتى تتعارض مع الإستجابات غير التكيفية والتى تظهر فى السلوك المتسلسل.

٨ - ممارسة التدريب على التخيل خلال جلسات البرنامج.

٩ - إستخدام التغذية الرجعية اللفظية المشروطة.

عدد جلسات البرنامج التدريبى المستخدم فى الدراسة الحالية:

تختلف عدد جلسات برامج التدريب على ضبط الذات باستخدام أسلوب تقديم التعليمات للذات باختلاف الباحثين والمعالجين، كما يتوقف على نوعية السلوك المضطرب أى أنه لا يوجد عدد محدد لجلسات البرنامج - وهذا ما أشار إليه كل من (Meichenbaum& Goodman, 1971, Bugental, et al., 1977, Kendall & Braswell, 1985).

وفى الدراسة الحالية يتألف البرنامج من ١٨ جلسة تدريبية بواقع ثلاث جلسات فى الاسبوع والفترة الزمنية التى تستغرقها كل جلسة تتراوح ما بين ٣٠ دقيقة و ٤٠ دقيقة بالاضافة إلى الجلسة التى حدثت قبل تنفيذ البرنامج حيث التقيا فيها الباحثان مع أطفال المجموعتين (التجريبية والضابطة) لحدوث ألفة بين الباحثين وأطفال المجموعة التجريبية.

وقد احتوت جلسات البرنامج على أنشطة متنوعة تناسب المتخلفين عقليا تبدا بالانشطة التى تقيس القدرات الحسية الحركية البسيطة وتنتهى بالانشطة التى يتدرب فيها الطفل على كيفية حل المشاكل المعقدة. حيث يتم التدريب بشكل فردى.ويجب أن نشير إلى أن الانشطة معدة لكل طفل وللسلوك المضطرب وفى ضوء ذلك استخدم الباحثان فى هذا البرنامج التدريبى مجموعة من الادوات التى يمكن تصنيفها فى عدة مجموعات كما يلى:

١ - مجموعة الصور المطلوب تلوينها والخطوط المطلوب نسخها:

استخدم الباحثان مجموعة من الخطوط المنقطة المتدرجة من الخطوط البسيطة إلى الخطوط المعقدة ويطلب من كل مفحوص أن يكون خطوط لتوصيل تلك النقط بدفعها بدقة وتركيز وكذلك استنتاج مجموعة من الكلمات كما يقدم له أيضا مجموعة من الصور يقوم

بتلوينها بدقة وبعناية وفقا للمطلوب خلال الجلسة .أيضا من ضمن الواجبات المنزلية التى يقوم بادائها.

٢ ـ مجموعة تطابق الاشكال والكلمات:

استخدم الباحثان مجموعات من الصور المتشابهة، ففى المجموعة الاولى منها يطلب من المفحوص أن يضع كل بطاقة على البطاقة المشابهة لها (المماثلة لها) وفى المجموعة الثانية، يتكون النشاط ٥ بطاقات تشمل كل بطاقة على حرف يوضع فى أعلى البطاقة، وفى أسفل البطاقة توجد خمس كلمات يوجد فى احداها الحرف الموضح فى أعلى المطلوب والمطلوب منه تحديد الكلمة التى تشتمل على الحرف.

٣ ـ المكعبات الخشبية:

وهى عبارةعن مكعبات خشبية تشتمل على صور لزهرة أو زهرتين ذات الوان مختلفة وفيها يطلب من المفحوص (الطفل) أن يضع المكعب فوق المكعب المماثل له فى الصورة المصورة عليها.

كما توجد مجموعة أخرى من المكعبات يقسم كل مكعب إلى جزئين فى كل طرف منه يوجد عدد معين من النقط وفى هذا النشـاط يطلب من الطفل وضع طرف المكعب بجوار طرف المكعب المحدد له والمتشابهان لبعضهما.

٤ ـ المسائل الحسابية:

تتالف من مجموعة متنوعة من المسائل الحسابية التى يتم تعلمها فى معاهد التربية الفكرية مثل طريقة العد. عملية الجمع والطرح البسيطة ... الخ.

٥ ـ موضوعات قرائية مقررة:

يتم اختيار مجموعة متنوعة من موضوعات اللغة العربية المقررة والتى يتم تعلمها فى معاهد التربية الفكرية وتدريبه على أن يقرأها الطفل جهرا ـ وفقا للصف الدراسى للطفل ـ ومناقشته فى الاسئلة المدونة فى نهاية كل موضوع.

وقد راعى الباحثان عند تقديم تلك الانشطة خلال الجلسات العلاجية حالة الطفل والصف الدراسى وقد نفذت جلسات البرنامج بصورة فردية كما راعا كذلك الامور التالية:

أ ـ امتناع الطفل المتخلف عقليا عن إصدار السلوك المضطرب وتعليمه كيفية التوقف والإنتباه والتفكير قبل اصدارأى اسجابة.

ب ـ مساعدة الطفل المتخلف عقليا لابتكار مجموعة من الاستجابات كحلول للمشاكل التى يقع فيها الطفل المتخلف عقليا الذى يتصف بإضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

جـ ـ تشجيع الطفل المتخلف عقليا وتدريبه على تعزيز ذاته حينما يصل إلى أى نجاح فى أى مطلب وتعليمه كيفية انتقاد الذات ومحو الخطأ والتحرك بدقة وعلى نحو أفضل.

د ـ تعليم الطفل المتخلف عقليا على ضبط ذاته باستخدام التعليمات التى يوجهها للذات.

هـ ـ تدريب الطفل المتخلف عقليا على الاعتماد على نفسه وعلى ابتكاره للعبارات اللفظية التى يقدمها للذات فى صورة تعليميات وأن يكون على وعى عند ترديدها.

و ـ تدريب الطفل المتخلف عقليا على أن تقديم التعليمات الذاتية ـ العبارات اللفظية ـ يتم ف فى الجلسات الأولى بصوت مسموع ثم بصوت مهموس ثم على نحو خفى.

د ـ المنهج والتصميم التجريبى:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبى باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فاعلية برنامج سلوكى معرفى ـ كمتغير مستقل ـ فى خفض النشاط الحركى الزائدلدى عينة من الاطفال المتخلفين عقليا ـ كمتغير تابع :

كما تعتمد الدراسة على تصميم تجريبى ذى مجموعتين متجانستين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة وكذلك تصميم المجموعة الواحدة.

هـ - الأساليب الاحصائية:

استخدم الباحث للتحقق من صحة فروضة الاساليب الاحصائية اللابارامترية المناسبة لمعالجة النتائج والتى تتمثل فى اختبار مان - وتنى (Mann - Whitney) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى وكذلك اختبار ولكوسون (Wilcoxon) للمجموعات غير المستقلة للكشف عن الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة:

الفرض الاول: ينص الفرض الأول على أنه:

«توجد فروق ذات دلالة احصائية فى درجة إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم كما تقيسها قائمتى تقدير سلوك الطفل بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدى».

وللتحقق من صحة هذا الفرض إستخدم الباحثان الأسلوب الإحصائى اللابارامترى ولكوكسون (Wilcoxon) لدراسة الفروق بين القياسات المختلفة (القبلى، والتكوينى، والبعدى) للتعرف على التغير الذى حدث لسلوك أفراد المجموعة التجريبية والمتمثل فى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد والذى يقاس بقائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، والقائمة المعدة من الدليل التشخيصى الإحصائى للإضطرابات العقلية (DSM -IV) وتتضح نتائج هذا الفرض فى الجداول أرقام (٦)، (٧)، (٨).

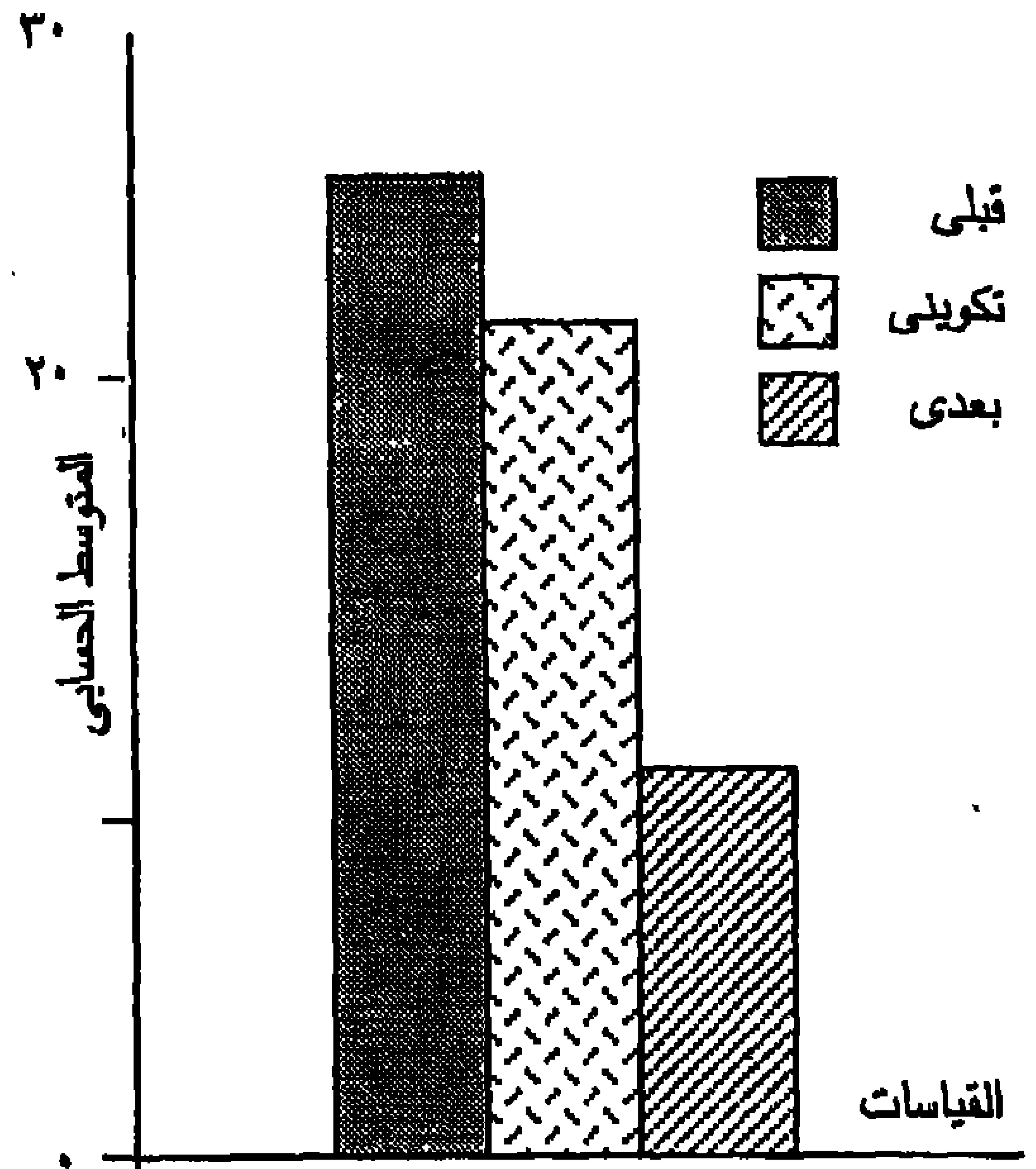
جدول رقم (٦)

يوضح قيم (Z) للفروق بين متوسطات رتب القياسات المختلفة (القبلى والتكوينى والبعدى) لاطفال المجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على بعد النشاط الزائد من قائمة كونرز لتقدير السلوك.

نوع القياس	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلى/ تكوينى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	٠,٠٥
	٥ ذات الإشارة السالبة		
تكوينى/بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	٠,٠٥
	٥ ذات الاشارة السالبة		
قبلى/ بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	٠,٠٥

ويتبين من النتائج الموضحة فى الجدول رقم (٦) وجود فروق دالة بين متوسطات رتب القياسات المختلفة (القبلى، والتكوينى، والبعدى) فى النشاط الزائد، حيث بلغت قيم (Z) (٢,٠٢٢٦) وهى قيم دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وذلك لصالح القياس البعدى وهذا يعنى حدوث تحسن فى سلوك الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم والذى قد إنعكس فى الإنخفاض الملحوظ للنشاط الحركى الزائد لديهم.

ويمكن توضيح الإنخفاض فى النشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية فى القياسات المختلفة وفقا لمتوسطات تقديرات المعلمين لهم. فقد بلغت قيمة متوسط تقديراتهم (٢٧) للقياس القبلى، و (٢٤,٦) للقياس التكوينى، و (١٤,٦) للقياس البعدى، وتتضح تلك التغيرات فى الشكل البيانى رقم (١).



شكل رقم (١) يوضح متوسطات تقديرات المعلمين للنشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبين القياسات المختلفة

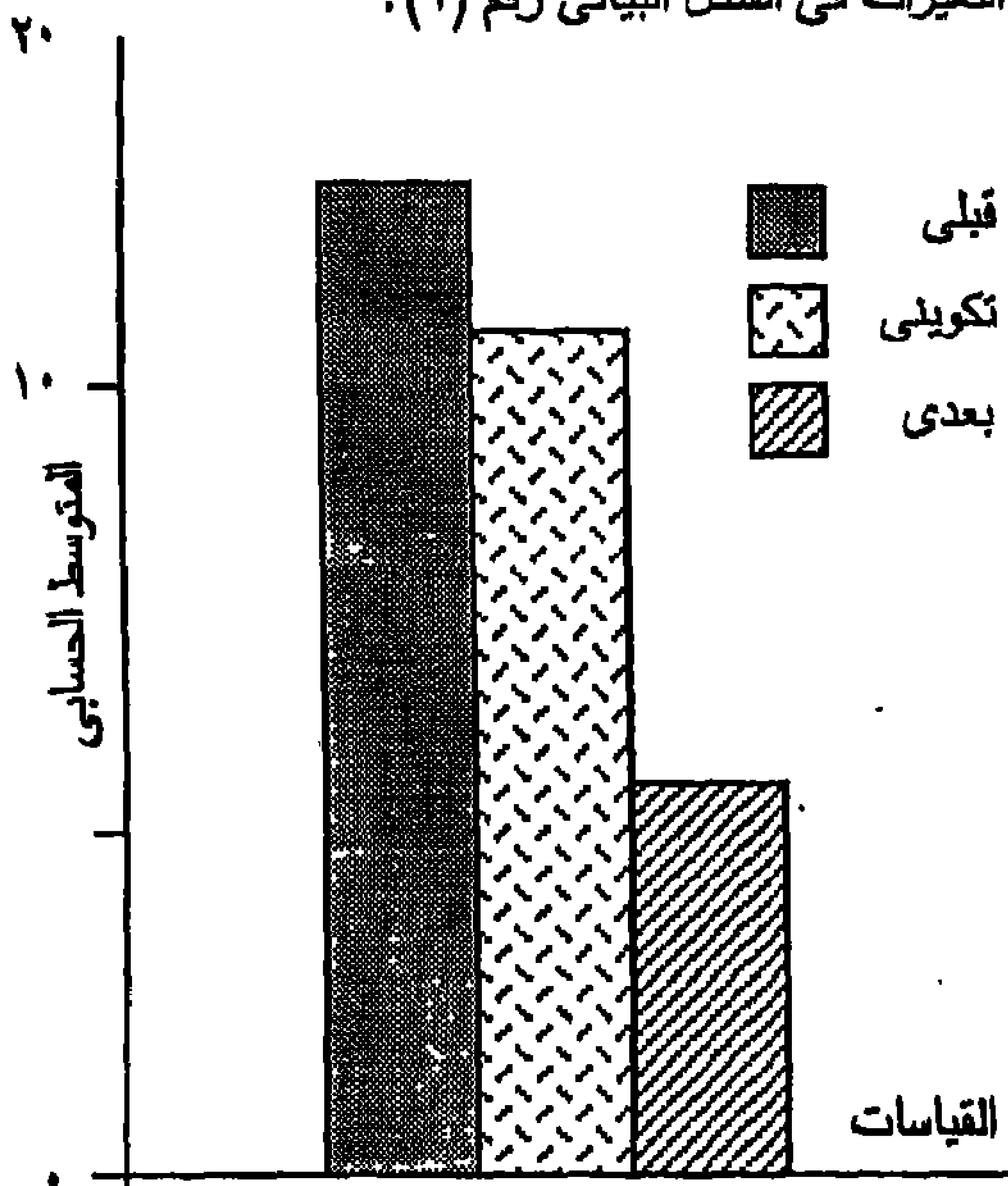
جدول رقم (٧)

يوضح قيم (Z) للفروق بين متوسطات رتب القياسات المختلفة (القبلى والتكوينى والبعدى) لدى أطفال المجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على بعد عدم القدرة على الانتباه من قائمة كونرز لتقدير السلوك

نوع القياس	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلى/ تكوينى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	٠,٠٥
	٥ ذات الإشارة السالبة		
تكوينى/بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	
	٥ ذات الاشارة السالبة		٠,٠٥
قبلى/ بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	
	٥ ذات الاشارة السالبة		٠,٠٥

كما يتبين من النتائج الموضحة فى الجدول رقم (٧) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على بعد عدم القدرة على الإنتباه وذلك فى القياسات المختلفة (القبلى، والتكوينى، والبعدى) حيث بلغت قيم (Z) (٢,٠٢٢٦). وهذا يشير إلى فعالية برنامج الضبط الذاتى عن طريق تقديم المعلومات للذات فى زيادة الإنتباه لدى الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم وقدرتهم على الإحتفاظ به، وهذا ما ظهر فى تقديرات المعلمين فى القياس البعدى.

ويمكن توضيح مقدار التحسن فى تركيز الإنتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجى من خلال تقديرات المعلمين على بعد عدم القدرة على الإنتباه، حيث بلغت قيمة متوسط تقديراتهم لتلك المجموعة فى القياس القبلى (١٧,٦)، بينما بلغت قيمة متوسط تقديراتهم فى القياس التكوينى (١٥) أما فى القياس البعدى فقد بلغت قيمة المتوسط (٨,٢) وتتضح تلك التغيرات فى الشكل البيانى رقم (٢).



شكل رقم (٢) يوضح متوسطات تقديرات المعلمين لبعد عدم القدرة على تركيز الإنتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية فى القياسات المختلفة.

جدول رقم (٨)

يوضح قيم (Z) للفروق بين متوسطات رتب القياسات المختلفة (القبلى التكوينى والبعدى) لاطفال المجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد من القائمة المعدة من الدليل التشخيصى (DSM -IV)

نوع القياس	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلى/ تكوينى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	
	٥ ذات الإشارة السالبة		٠,٠٥
تكوينى/بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	
	٥ ذات الاشارة السالبة		٠,٠٥
قبلى/ بعدى	صفر ذات الاشارة الموجبة	٢,٠٢٢٦	

كما يتبين من النتائج الموضحة فى الجدول رقم (٨) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على قائمة إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد فى القياسات المختلفة (القبلى، والتكوينى، والبعدى) حيث بلغت قيم (Z) (٢,٠٢٢٦) . وهذا يشير إلى فعالية برنامج الضبط الذاتى عن طريق تقديم المعلومات للذات فى زيادة الإنتباه لدى الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم وقدرتهم على الإحتفاظ به مع الإقلال من النشاط الحركى الزائد لديهم، وهذا ما ظهر فى تقديرات المعلمين فى القياس البعدى.

نتائج الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على أنه:

«توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم فى درجة إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كما تقيسها قائمتى تقدير سلوك الطفل بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريب لصالح المجموعة التجريبية».

وللتحقق من صحة هذا الفرض إستخدم الباحثان الأسلوب الإحصائى اللابارامترى مان - وتنى Mann - Whitney لدراسة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى التغير الذى حدث لسلوكهم والمتمثل فى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد والذى يقاس بقائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، والقائمة المعدة من الدليل التشخيصى الإحصائى للإضطرابات العقلية (Dsm -IV) وتتضح نتائج هذا الفرض فى الجداول أرقام (٩) و(١٠) و(١١).

جدول رقم (٩)

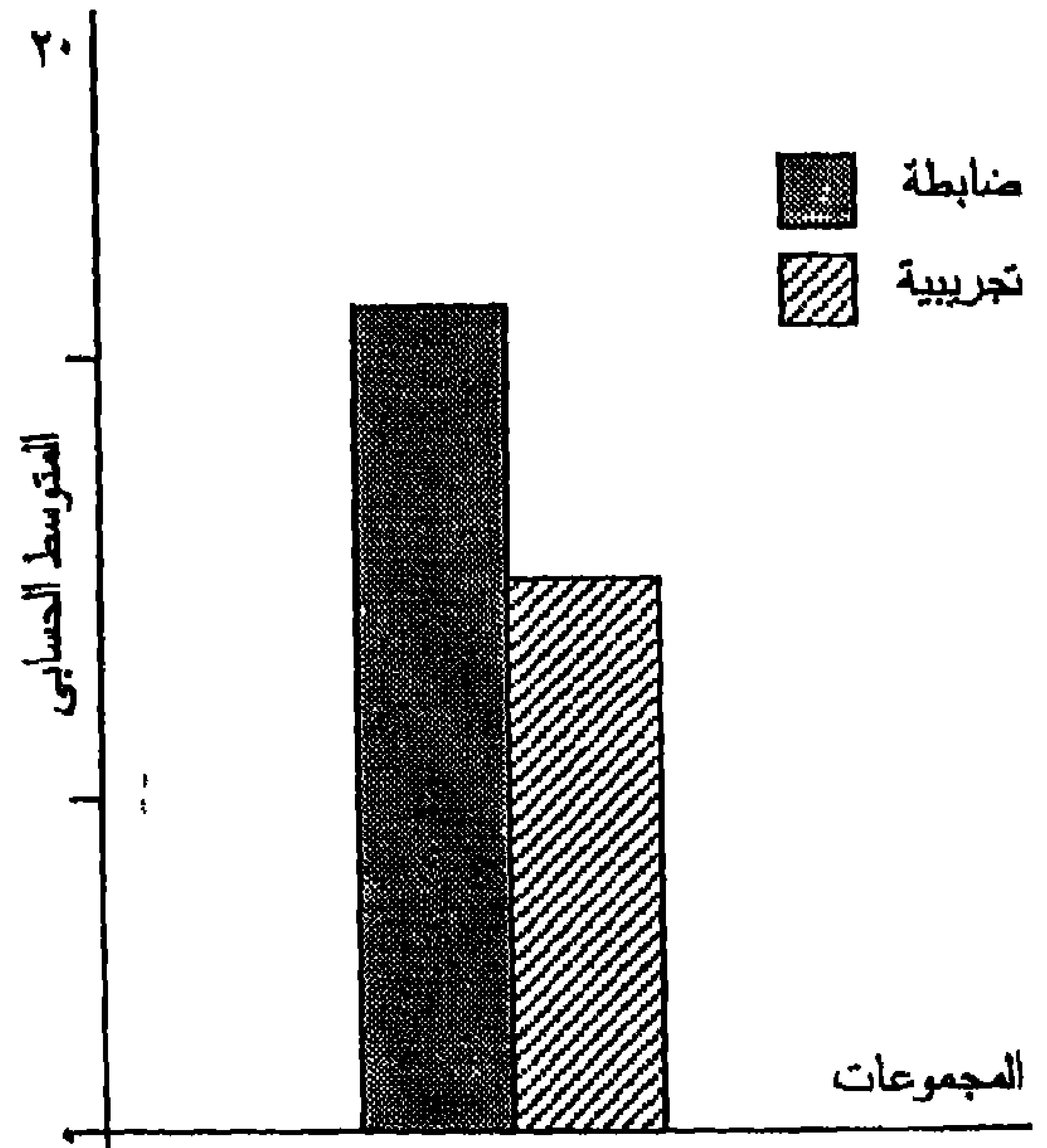
يوضح قيمة (U) ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم فى النشاط الزائد من قائمة كونرز لتقدير السلوك فى القياس البعدى.

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٨	صفر	٠,٠١
المجموعة التجريبية	٥	٨		

ويتضح من نتائج الجدول رقم (٩) أن متوسط رتب المجموعة الضابطة أعلى من متوسط رتب المجموعة التجريبيةوهذا يعنى إنخفاض درجات المجموعة التجريبية على بعد النشاط الزائد - من خلال تقديرات المعلمين - وذلك فى القياس البعدى كما يتبين أيضا وجود فروق دالة

إحصائيا فى متوسطات الرتب للمجموعتين فى بعد النشاط الزائد وذلك لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة (U) (صفر)، وتلك القيمة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)

ويمكن أيضا توضيح الفروق فى مستوى الزائد بين الاطفال الذين تلقوا البرنامج العلاجى والاطفال الذين لم يتلقوا هذا البرنامج، فقد تم حساب متوسط تقديرات المعلمين على بعد النشاط الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمته (١٤,٦) كما تم حساب متوسط تقديرات المعلمين للنشاط الزائد لاطفال المجموعة الضابطة وبلغت قيمته (٢٥,٢) ويمكن توضيح ذلك فى الشكل البيانى رقم (٣).



شكل رقم (٣) يوضح متوسطات تقديرات المعلمين للنشاط الحركى الزائد لدى أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى لنتائج تعكس فعالية برنامج الضبط الذاتى لدى تلك النتائج من خلال تقديم التعليمات الذاتية فى خفض النشاط الحركى الزائد لدى الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم بعد أن تلقوا هذا البرنامج.

جدول رقم (١٠)

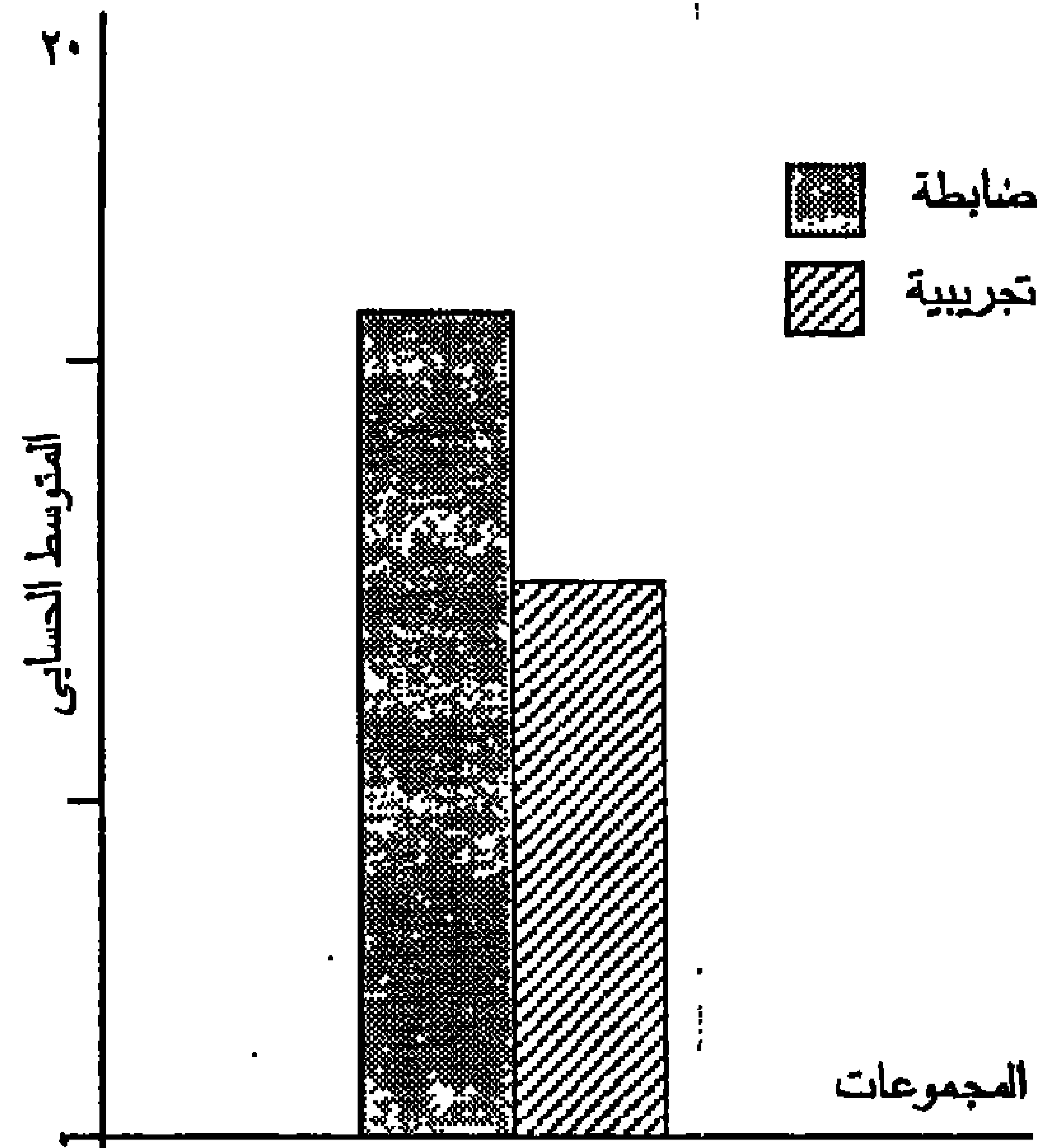
يوضح قيمة (U) ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم فى عدم القدرة على الإنتباه من قائمة كونرز لتقدير السلوك فى القياس البعدى.

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٧,٩٠	صفر	٠,٠١
المجموعة التجريبية	٥	٣,١٠		

ويتبين من نتائج الجدول السابق أن متوسط رتب المجموعة الضابطة أعلى من متوط رتب المجموعة التجريبية، وهذا يعنى إنخفاض درجات المجموعة التجريبية على بعد عدم القدرة على الإنتباه بمقارنته بدرجات المجموعة الضابطة فى القياس البعدى مما يدل على التحسن الواضح فى الإنتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية.

كما يتبين أيضا أن الفروق بين متوسطات رتب هاتين المجموعتين كانت دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ويمكن توضيح تلك الفروق وفقا لمتوسطات تقديرات المعلمين حيث بلغت قيمة متوسط تقديراتهم بالنسبة للمجموعة التجريبية (٨,٢)، بينما بلغت قيمة متوسط تقديراتهم بالنسبة للمجموعة الضابطة (١٧,٢) وذلك فى القياس البعدى وتتضح تلك الفروق فى الشكل البيانى رقم (٤).



شكل بيانى رقم (٤) يوضح متوسطات تقديرات المعلمين على بعد عدم القدرة على الإنتباه لدى أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى

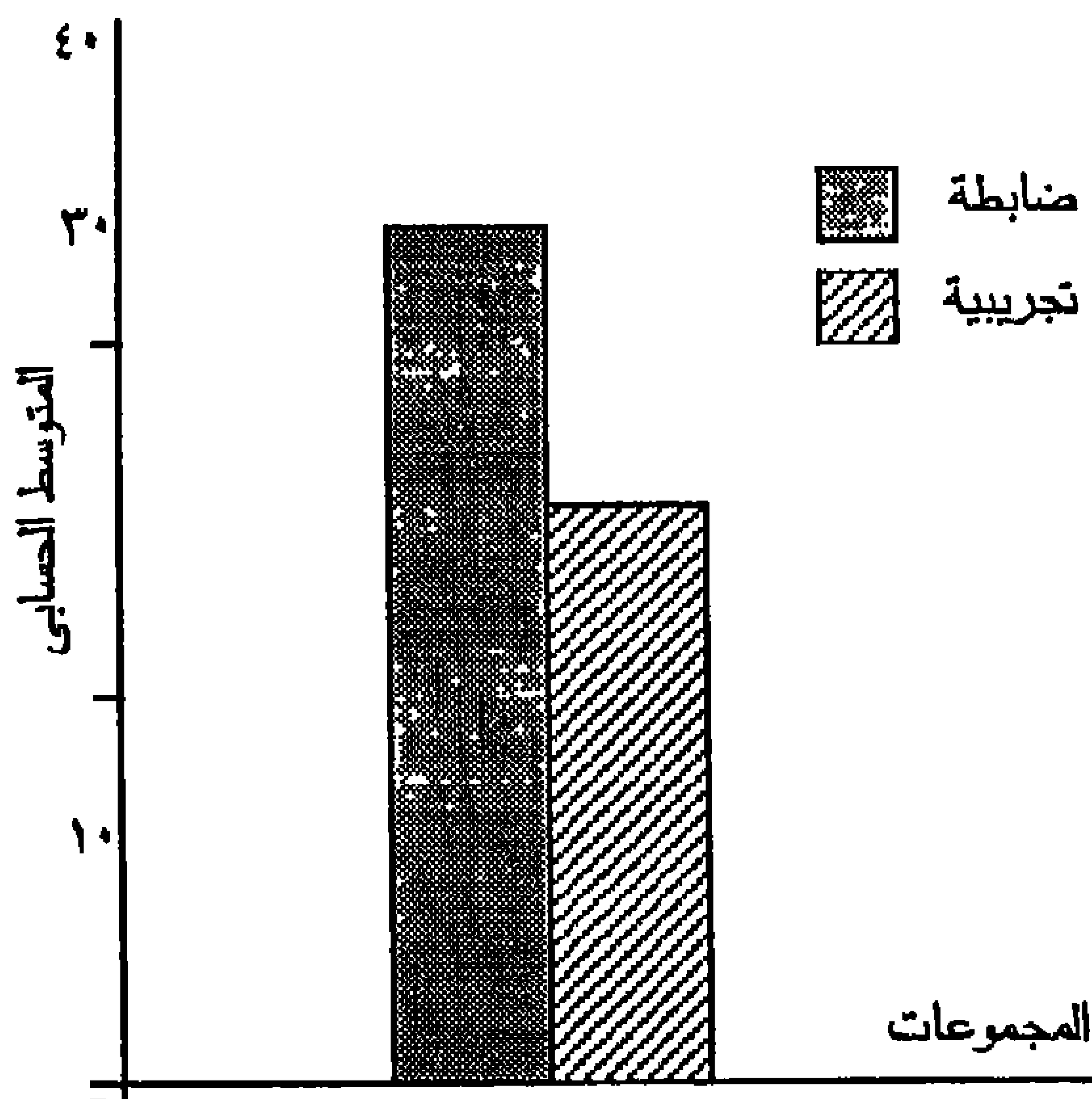
جدول رقم (١١)

يوضح قيمة (U) ودلالتها الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم فى إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد من القائمة المعدة من الدليل التشخيصى (DSM -IV) فى القياس البعدى.

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	٥	٨	صفر	٠,٠١
المجموعة التجريبية	٥	٨		

ويتبين من نتائج الجدول السابق أن متوسط رتب المجموعة الضابطة أعلى من متوسط رتب المجموعة التجريبية، وهذا يعنى إنخفاض درجات المجموعة التجريبية على قائمة إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد بمقارنته بدرجات المجموعة الضابطة فى القياس البعدى مما يدل على التحسن الواضح فى الإنتباه والإقلال من النشاط الحركى الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية كما يتبين أيضا أن الفروق بين متوسطات رتب هاتين المجموعتين كانت دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ويمكن توضيح تلك الفروق وفقا لمتوسطات تقديرات المعلمين حيث بلغت قيمة متوسط تقديراتهم بالنسبة للمجموعة التجريبية (١٧,٤)، بينما بلغت قيمة متوسط تقديراتهم بالنسبة للمجموعة الضابطة (٣٢) فى القياس البعدى وتتضح تلك الفروق فى الشكل البيانى رقم (٥).



شكل بيانى رقم (٥) يوضح متوسطات تقديرات المعلمين على قائمة إضطراب عجزالإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد لدى أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى.

تفسير النتائج :

إعتمدت الدراسة الحالية على أن فكرة التدريب على الحديث الذاتى أو التعليمات الذاتية تقوم على فرض مؤداه أن «الأشياء التى يقولها الفرد لنفسه تحدد باقى الأشياء التى يفعلها»، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتى توجه بتكوينات متنوعة كالإستجابات الفسيولوجية وردود الفعل الوجدانية والمعارف والتفاعلات الإجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلى أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

لذا يؤكد معدلوا السلوك المعرفى على أن الكلام الموجه للذات يساعد الفرد على التركيز على مشكلاته وضبط سلوكه، وبذلك يرون أنه لابد من الإهتمام بدراسة العمليات المعرفية التى تساعد الفرد على إدراكه للمثيرات البيئة المحيطة وكيفية تفسيره لها (Hinshaw, 1994: 116 - 117).

والدراسة الحالية تركز على أهمية التحدث إلى الذات بإعتباره العنصر الأساسى فى توجيه السلوك وضبطه لعلاج إضطراب عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد (ADHD) وقد أشار ميكنبوم (Michenbaum, 1977) إلى ذلك عند تطويره لأسلوب الضبط الذاتى لتعديل السلوك معرفيا، فيرى أن التخلص من السلوك غير المرغوب فيه يعنى التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة إنهزامية وسلبية وإستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية.

وسوف نعتمد فى تفسيرنا للنتائج على ما يلى:

- أن الاطفال مضطربى الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد تواجههم صعوبة كبيرة فى تركيز الإنتباه والاحتفاظ به فترة عند ممارسة أنشطتهم ويحولون إنتباههم فجأة من نشاط إلى أخر، وهذا يؤدى إلى حدوث مشكلات تعليمية لديهم (Whalen,1989).

- أن الاطفال مضطربى الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد يتصفون بعدم الاستقرار والإندفاعية والحركة الزائدة والإنشغال فى عمل أشياء مزعجة، وأن السلوك الحركى يمكن كفه عن طريق الحوار اللفظى للذات.

(أنالتدريب على التعليمات الذاتية من خلال الحوار الداخلى يمكن أن يساعد الاطفال على الإقلال من النشاط الحركى الزائد والاندفاعية (Michenbaum, 1977).

- أن تشجيع القائم بتنفيذ برنامج الضبط الذاتى على الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم أثناء التدريب على تقديم تعليمات لفظية التخلص من سلوكياتهم غير المرغوبة والتفكير فى الحصول على المزيد من التدعيم (Peters & Davis, 1981).

إن نتائج الدراسة الحالية قد أثبتت فعالية الضبط الذاتى الذى يقوم على تدريب الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات فى خفض الحركات المفرطة التى كان يحدثها أطفال المجموعة التجريبية قبل تنفيذ البرنامج، قد انخفض متوسط تقديرات المعلمين للنشاط الزائد وعدم القدرة على الإنتباه عند إستخدامهم لقائمة كونرز، وذلك بعد الإنتهاء من جلسات البرنامج، فقد بلغت قيمة متوسط تقديراتهم فى القياس القبلى (٢٧) للنشاط الزائد، و (١٧,٦) لعدم القدرة على الانتباه، بينما بلغت قيمة متوسط تقديراتهم فى القياس البعدى (١٤,٦) للنشاط الزائد، و (٨,٢) لعدم القدرة على الإنتباه كما انخفض متوسط تقديرات المعلمين للاطفال أيضا على القائمة المعدة من الدليل التشخيصى الإحصائى للأمراض العقلية (DSM -IV) بعد الانتهاء من جلسات البرنامج، فقد بلغت قيمة متوسط تقديراتهم قبل البدء بتنفيذ البرنامج (٣٢,٨)، بينما بلغت قيمة متوسط تقديراتهم بعد الإنتهاء من تنفيذه (١٧,٤).

إن تلك تعتبر نتائج أوليه قد أعطت إشارة واضحة إلى أن أسلوب الضبط الذاتى المعتمد على تدريب الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على كيفية تقديم تعليمات لفظية للذات كان فعالا فى خفض النشاط الحركى الزائد زيادة تركيز الإنتباه لديهم والاحتفاظ به فترة أطول. وبمعنى أخر فإن هذا البرنامج كان أكثر فعالية وكفاءة فى إحداث تغيير ايجابى فى أداء الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على أسلوب حل المشكلات وجعلهم أقل

إندفاعية والتفكير قبل إحداث الإستجابة المطلوبة والإستقرار أثناء الأداء، وما يؤكد ذلك النتائج الموضحة فى الجداول أرقام (٦)، (٧)، (٨)، حيث تبين وجود فروق دالةإحصائيا فى سلوك أطفال المجموعة التجريبية. والذى تبين من خلال تقديرات المعلمين والمشرفين - فى القياسات المختلفة، وظهر التحسن فى سلوك الاطفال وقدرتهم على ضبطه وزيادة الإنتباه، وتلك النتائج تحقق صحة الفرض الأول.

أما بالنسبة لنتائج الفرض الثانى فقد كانت منطقية إلى حد بعيد واتفقت مع ما توصل إليه كل من دبيس والسمادونى (تحت النشر) من أن برنامج الضبط الذاتى قد أثبت فعاليته فى رفع مستوى أداء الاطفال المتخلفين عقليا على أنشطة مختلفة تعتمد على حل المشكلات، وكان ذلك نتيجة خفض الإندفاعية. وقد توصلت الدراسة الحالية بنتائج فى الجداول أرقام (٩)، (١٠)، (١١)، تشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مقدار التحسن فى خفض إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد وذلك لصالح المجموعة التجريبية، وتلك النتائج تحقق صحة الفرض الثانى.

إن نتائج الدراسة الحالية تشير إلى أن الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم قادرين على الاستجابة بصورة فعالة لبرنامج التدريب على الضبط الذاتى وهذا ما أكدته أيضا نتائج دراسة كل من بيترز وديفس Peters & Davies, 1981) وكذلك من دبيس والسمادونى، من فعالية هذا البرنامج مع فئة الاطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، حيث يؤكدون على أن الاطفال المتخلفين عقليا يستطيعون استخدام اللغة الخاصة بهم فى التأثير على استجاباتهم إذا ما توفر لهم التدريب المناسب على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات، لذلك توصى الدراسة الحالية بالعمل على تدريب القائمين بمعاهد التربية الفكرية على فنيات هذا البرنامج والإستفادة منه داخل حجرة الدراسة وخارجها لحل الكثير من المشكلات السلوكية للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم والتى تسبب لهم مشكلات عند تنفيذ البرامج التعليميةلهؤلاء الأطفال على الوجه المطلوب كما يوصى الباحثان أيضا بالعمل على إجراء مزيد من البحوث المستقبلية لتشمل فئات أخرى من ذوى الإعاقات المختلفة.

المراجع العربية

١ - الخطيب، جمال (١٩٩٠) : تعديل السلوك: القوانين والاجراءات. الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.

٢ - دبيس، سعيد عبدالله، والسمادونى، السيد إبراهيم (١٩٩٧): التدخل السلوى المعرفى فى خفض الإندفاعية لدى الاطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة مجلة كلية التربية، جامعة أم القرى، بحث مقبول للنشر.

٣ - دبيس، سعيد عبدالله، والسمادونى، السيد إبراهيم (تحت النشر): الصورة السعودية لقائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل.

٤ - السمادونى، السيد إبراهيم (١٩٨٩) :فرط النشاط عند الاطفال :دراسة إستطلاعية دراسات تربوية، (٢٢٥)، ص ص ١ ,٢ - ٢٣٤ .

٥ - السمادونى، السيد إبراهيم (١٩٨٩): الإنتباه السمعى والبصرى لدى الاطفال ذوى فرط النشاط :دراسة ميدانية،المؤتمر الثالث للطفولة، مركزدراسات الطفولة، جامعةعين شمس، ص ص ٦٧٥ - ٧٠٧.

٦ - السمادونى، السيد إبراهيم (١٩٩١): قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل القاهرة، دار النهضة العربية.

٧ - الشرقاوى، أنور محمد (١٩٨٤): العمليات المعرفية وتناول المعلومات. القاهرة الأنجلو المصرية.

٨ - عجلان ،عفاف محمد محمود (١٩٩١): بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقتها ببعض المتغيرات المتعلقة بالطفل والأسرة ونوعية الرعاية المقدمة من رياض الاطفال رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.

٩ - كامل، عبدالوهاب محمد (١٩٨٩) : إختيار المسح النيرولوجى. القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

المراجع الأجنبية

10. **Alabiso, F. B., & Hansen, J. C.** (1977): The Hyperactive Child in the Classroom. Springfield, Charles C Thomas Publisher.

11. **American Psychiatric Association** (1968): The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. (2rd.ed) Washington,D.C.

12. **American Psychiatric Association** (1980): The Diagnostic andStatistical Manual OfMental Disorders. (3rd.ed)Washington,D.C

13. **American Psychiatric Association** (1987) : the Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. (3rd.edR) Washington, D.c.

14. **American Psychiatric Association** (1994): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4 th ed) Washington, D.C

15. **August, G. J., & Garfinkel, B. D.** (1990): Comorbidity Of Adhd and Reading Disability Among Clinic Refered Children, Journal Of Abnormal Child Psychology 18, PP. 29 -45.

16. **Bandura, A** (1977): Self-efficacy: Toward-a-unifuing Theory of Behavioral Change. Psychological Review 84,PP.191 - 215.

17. **Barkley, R.A.** (1985): Hyperactive Children: A Handbook For Diagnosis and Treatment. New York, The Guilford Press.

18. **Barkley, R.A.** (1990): Attention Deficit Hyperactive Disorder: A Handbook For Diagnosis and Treatment New York, ZThe Guilford Press.

19. **Barkley, R.A.**, Grodzinsky, G., & Dupaul, G.L. (1992): Frontal Lopefunctions in Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity: A Review and Research Report Journal Of Abnormal Child Psychology. 20, No 2. PP> 163 -184.

20. **Bergin, A** (1967): A Self -Regulation Technique For Impulse Control Disorders. Psychotherapy: Theory Research. and Practice 6, PP. 113 - 118.

21. **Bornstin, P.H.**, & Quevillon, R.P. (1976): The Effects of a Self-InstructionalPackage on Overactive Preschool Boys Journal Of Applied Behavior Analysis 9, PP. 179 - 188.

22. **Brito, G. N.**, Pinto, R.C., & Lins, M.F. (1995): ABehavioral Assessment Scale For Attention Deficit Disorder in Brozilian Children Based On DSM - 111R Criteria Journal Of Abnormal Child Psychology.23, 4, PP. 509 - 520

23. **Bugental, D.B.**, Whalen, C.K., and Henter, B (1977): Causal Attributions Of Hyperactive Children and Motivational Assumptions of two Behavioral Change Approaches: Evidance For an InteractionistPoistion. Child Development. 48, PP 874 - 884.

24. **Caiser, M** (1993): Effect Of Behavior Modification in theClassroom on Academic Functioning and Self - Esteem in Hyperactive Children. Dissertation Abstract International.

25. **Cantwell, D.P.** (1975) :The Hyperactive Child: Diagnosis Managment, Current Research New York: Spectrum.

26. **Cantwell, D.P** (1976): Genitic Factors in the Hyperkinetic Syndrome Journal Of Child Psychiatry, 15, PP 214- 223.

27. **Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A.** (1995): A Developmental Investigation Of Inattentiveness and Hyperactvty Child Development, 66, PP. 37 -54.

28. **Conner, C.K.** (1969): A Teacher Rating Scale For use in Drug Studies With Children American Journal Of Psychiatry 126,PP 884 - 888.

29. **Conners, C.K.** (1980):Food Additive and Hyperactive Children New York: Plenum Press.

30. **Deuel R. K.** (1981): Minimal Brain Dysfunction Hyperkinesis Learning Disabilities, Attention Deficit Disorders. Journal Of Pediatric, 89, PP. 912-915.

31. **Douglas, V.** (1972) : Are Drugs Enough?to Treat Or to Train the Hyperactive Child International Journal Of Mental Health. 4,PP.199 - 212.

32. **Douglas, V.** (1972) : Stop, Look, & Listen: The Problen Of Hyperactive and Normal Children Canadion Journal Of Behavior and Science, 4, PP 259 - 282.

33. **Douglas, V.** (1985): The Reasonse Of ADD Children to Reinforcement: Theoritical and Clinical Implications. InL .N. Bloomingdale (Ed) Attention Deficit Disorder. New York: Spectrum.

34. **Douglas, V., Perry, P., Marton, P., and Garson, C.** (1976): Assessment Of A Cognutive Training Program For Hyperactuve Children Journal Of Child Abnormal Psychology 4, PP> 389 - 410.

35. **Duckworth, S.V. Ragland, G.C. Sommerfeld, R.E.** (1974): Modification Of Conceptual Impulsivity in Retarded Children American Journal Of Mental Deficiency 79, PP. 59 - 63.

36. **Dupaul, G.J., & Barkley, R.A.** (1990): Medication Therapy In R.A.Barkley (Ed)., Attention Deficit HyperactivityDisorders: A Handbook for Diagnosis and Treatment (PP.573 - 612) New York: Guilford.

37. **Dupaul, G.J., Guevremont, D.C., & Barkley, R. A.** (1992) Behavioral Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Classroom The Use of the Attention Training System Journal Of Behavior Modification, 16, PP. 204 - 225.

38. **Dykman, R.A. Ackerman, P. T., & Oglesby, D.M.** (1981) Selective and Sustained Attention in Hyperactive, Learning - Disabled and Normal Boys. Journal Of Nervous and Mental Disease 167, PP. 288 - 297.

39. **Fee, V.E., Matson, J.L., & Benavidez, D.A.** (1994) : Attention Deficit - Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children Research In Disabilities 15, No. 1, PP. 67 .

40. **Fee, V. E., Matson, J. L.,** Moore, L.A. & Benavidez, D and Conduct Problems Among Mentally Retarded Children Journal Of Abnormal Child Psychology 21, No. 1, PP. 1 - 11.

41. **Fowler, M.** (1991): Attention Deficit Disorder. Mental Information Center For Children and Youth With Disabilities.4,PP. 15 - 26.

42. **Flynn, R., & Hopson, B.** (1981) : Inhibitory Training: An Alternative Approach toDevelopment Of Controls in Hyperactive Children In D.K.Reid, &W.P.Hresko (Eds).A Cognitive Approach To Learning Disabilities New York: Mcgraw -Hill, Inc.

43. **Frank, C., & Juris, G.D.** (1989):Abnormal Psychology: Patterns, Issues, Interventions. New York: John Wiley&Sons, Inc.

44. **Gibson, D.** (1978) Down's Syndrome: The Psychology OfMongolism Cambridge: Cambridge University Press.

45. **Gittelman, M.** (1981): Stratgic Interventions for Hyperactive Children. New York, M. Eshatperre

46. **Goldstein, S., Braswell, L., Goldstein, M., Sheridan, S., & Zentall, S.** (1995) Undersanding and ManagingChildren's Classroom Behavior New York : John Wiley & Sons, Inc.

47. **Goldstein, S. and Goldstein, M.** (1990) Managing Attention Disorders in Children: A Guide for Practitions New York, Wiley Interscince Press, Inc.

48. **Gordon, M.** (1979): The Assessment of Impulsivity and Mediating Behaviors in Hyperactive and Non Hyper Ctive Boys Journal Of Abnormal Child Psycholigy, 7, No. 3, pp 317-326.

49. **Gordon, M., Mettlmen, B.B., & Irwin, J.** (1991): ADHD/Hyperactivity Consumers' Guide for Paraents and Teachers. Dewitt, New York: Gordon System, Inc.

50. **Gozali, J.** (1969): Impulsivity-Reflectvity as Problem Solving Styles AMong Educable Mentally Retarded Childre. American Journal of Mental Deficiency, 73, pp. 864-867.

51. **Gurney, P.W.** (1987): Enhancing Self - Esteem By The Use Of Behavior Modification Techniques. Contemporary Educational Psychology, 12, PP.30 -41.

52. **Haenlein, M., & Caul,W.F.** (1987): Attention Deficit Disorder With Hyperactivity: A Specific Hypothesis Of Reward Dysfunction Journal Of The American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry 26, PP. 356 - 362.

53. **Heward, W., & Orlansky, M.** (1984): Exceptional Children (4th Ed), NewYork: Macmillan Publication.

54. **Hinshaw, S.P.** (1994) : Attention Deficits and Hyperactivity in Children. london, Sage Publications.

55. **Horn, F.H., Ialongo, N., Greenberg, G., Packard, T., & Winberry, C. S.** (1990): Additive Effects Of Behavioral Parent Training and Self - Control Therapy With Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. Journal Of Clinical Child Psycholgy. 19, No. 2, PP. 389 - 410.

56. **Hunt, R. D., Lau. S., and Ryu, J.** (1991): Alternative Therapies For Adhd.In L.L. Greenhil, and B.B. Osman (Eds)., Ritalin: Theory and Patient Management (PP. 75 - 95) New York : Mary Ann Liebert.

57. **Jones, C.B.** (1991): Sourcebook For Children With Attention Deficit Disorder Arizona, Communication Skill Builders, Inc.

58. **Kendall, P.C.** (1984): Annotation: Cognitive - Behavioral Self - Control Therapy For Children Journal Of Child Psychology and Psychiatry, 25, PP. 173 - 179.

59. **Kendall, P.C.** (1990): Coping Cat Workbook. Department Of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA.

60. **Kendall, P. C. & Braswel, L.** (1982): Cognitive - Behavioral Self - Control Therapy For Children: AComponents Analysis.Journal Of Consulting and Clinical Psychology,50 No. 5, PP. 672 - 689.

61. **Kendall, P.C. & Braswel, L.** (1985): Cognitive - Behavioral Therapy For Impulsive Children. New York, The Guiford Press.

62. **Kendall, P. C.,** & Panichelli -Mindel, S.M.(1995): Cognitive Behavioral Treatments: Review Journal Of Abnormal Child Psychology, 23 PP. 107 - 124.

63. **Konstantareas, M., & Homatidis, S.** (1983): Effectiveness Of Cognitive Mediationand Behavior

Modification With Hospialized Hyperactives Canadian Journal Of Psychiatry, 28, PP. 462-470.

64. **Koppekin, A.L.** (1994): An Experimental Analysis Of By Adults With Mental Retardation. Unpublished Master Degree University Of North Texas.

65. **Koziol, L.F., Stout, C.E., and Ruben, D.H.** (1993): Handbook Of Childhood Impulse Disorders and Adhd Springfield, Charles C. Thomas Publisher.

66. **Lamke, L. K., Lujan, B.M., & Showalter, J. M.** (1988): The Case For Modifying Adolescents, Cognitive Self Statements.Journal Of Adolescence, 13, No. 92, PP. 868 - 974.

67. **Lanowski, K. J.** (1985):Comparative Analysis Of Attention Dysfunction Hyperactive and Learning Dissertation AbstractInternational,45,09, 3087 (B).

68. **Leung, A. K., Robson, W.L., Fagan,J.E., & Lim, S. H.** (1994): Attention Defcit Hyperactivity Disorder: Getting Control Of Impulsive Behavior. Postgrad Medicine 1, 95, PP.153 - 160

69. **Liddell, G. A.** (1991): Cognitive and Academic Functioningof Hyperactive Childern. Dissertation Abstract International,53,10, 6605.

70. **Luria, A.** (1961): The role Of Speech in the regulation Of normal and abnormal Behaviors New York, Liveright.

71. .... (1969) : Speech and Formation Of mentalProcesses. In M. Cole & I. Maltzman (Eds), Ahandbook Contemporary Soviet Psychology New York, Basic Books.

72 **Meihenbaum, D. H.** (1977): Cognitive Behavior Modification: An Intequrative Approach. New York, Plenum Press.

73. **Meichenbaum, D. H. and Goodman, J.** (1971): Training Impulsive Children to Talk to-Themselves: A Means Of Developing Self -control Journal Of Abnormal Psycholoy 77, No. 2, PP. 115 - 126.

74. **Morrison, J. R. & Stewart, M. A.** (1971): A Family Study Of The Hyperactive Child Syndrome. Journal Of Psychiatry 3, PP. 215 - 222.

75. **Newcorn, J. H. Halprin, J. M., Healey, J.M., Obrien, J.D., Pascualvaca, D., Wolf, L.E., Morganstein, A., Sharma, V., & Young, J.G.** (1989): Are Addh and Adhd The Same Or Different? Journal of the American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry, 28, PP. 734 - 738.

76. **Palkes,H., Stewart,W.,and Kahana, B.** (1968) Porteus Maze Performance Of Hyperactive Boys After Training in Self - directed Verbal Commands. Child Development, 39, PP. 817 - 826.

77. **Paniagua, J. G.,** (1992): Verbal- Nonverbal Correspondence Treaning Whith Adhd Children Behavior Modification 16, No. (2), PP. 226 -252.

78. **Paniagua, J. G., & Black, E. A.** (1992): Correspondence Treaning and Observational Learningin The nt Of Hyperactivity Children: A Preliminary Study Child and Family Behavior Therapy, 14, No.3,PP. 1 -9.

79. **Paul, H. D.** (1985) : Learning and Behavior Problems Of School Children London: W.B. Saunders Company.

80. **Peters, R. and Davies, K.** (1981): Effects Of Self - Instructional Training On Cognitive Impulsivity Of Mentally Retarded Adolesents. American Journal Of Mental Deficiency 85, No. 4, PP. 377 - 382.

81. **Poley, J. A.** (1996): Effects Of Classroom Cognitive Behavioral Training With Elmentary School Adhd Students: APilot Study. Dissertation Abstracts International, (AAC - 9537729).

82. **Premack, D.** (1970) : Mechanisms Of Self-Control. In W.Hunt (Ed) Learning and Mechanisms Of Self - Control in Smoking. Chicago, Aldine.

83. **Ross, A. O.** (1981): Psychological Disorders Of Children:A Behavioral Approach To Theory Research, and Therapy (2nd) O New York: Mcgraw Hill, Inc.

84. **Saferm D, J, and Krager, J. M.** (1988): ASurvey Of Medication Treatment For Hyperactive/ Inattentive Students Journal Of The American Medical Association 260, PP.2256 - 2258.

85. **Searight, H. R., Halik, J. K., & Campbell, D. C.** (1995): Attention Deficit HyperactivityDisorder: Assessment and Management. Journal Of Family Practice, 40, PP. 270 - 279.

86. **Shipe, D.** (1971):Impulsivity and Locus Of Control as Predictors Of Achievement and Adjustment in Mildly Retarded and Borderline Youth. American Journal Of Mental Deficiency, 76, PP. 12 - 22.

87. **Smith, K. H.** (1995) :Three Studies on The Prevalence Of and Adolescents With Mild Mental Retardation.UNpublished Doctoral Dissertation University Of Georgia.

88. **Stein, D. J., Hollander, E., and Liebowitz, M. R.** (1993): Neurobiology Of Impulsivity and The Impulse Control Disorders Journal Of Neuropsychiatry Clinical Neuroscince, 5, PP. 9 -17.

89. **Stewart, M. A., Et. Al.,** (1981):The Overlap Between Hyperactive and Unsocialized Aggressive Children Journal Of Child Psychology and Psychiatry, 22, PP. 35 -45.

90. **Strauss, A. A. & Kephart, N. G.** (1955) : Psychopatholgy and Education Of The Brain-Injured Child (11), Progressin theory and Clinic New York: Grune & Stratton.

91. **Steauss, A. A. & Lehtinen, L. E.** (1947): Psychopathology and Education Of The Beain - Injured Chid New York, Grune & Stratton.

92. **Stroh, C.M.** (1980):The Problem Of Sustained Attention New York: Pergamon Press.

93. **Vygotsky, L.** (1962): Thought and Language New York, Wiley.

94. **Wender, P.** (1972) The Minimal Brain Dysfunction Syndrome in Children Journal Of Nervous and Mental Disease, 155, PP. 55 - 71

95. **Werry, J. s. & Quay, H.** (1972) : The Prevalance Of Behavior Symptoms in Younger Elementary School Children. American JournalOrthopsychiatty, 42, PP. 441- 451.

96. **Whalen, C. k.** (1989): Handbool Of Child Psychology (2nd Ed), New York, Plenum Press.

97. **Woltersdorf, M. A.** (1992) : Videotape Self - Modeling in the Treatment Of Attention - Deficit Hyperactivity Disorder Child and Family Behavior Therapy, 14, No 2, PP. 134 - 147.

بعض محددات السلوك الاستهلاكى

دراسة استكشافية

د. عبد المنعم شحاته محمود
جامعة الملك سعود
كلية التربية بأبها

مقدمة

يحتاج كل منا لسلع أو خدمات معينة، ومع أن هذه الحاجة محور نظام أى مجتمع لأنهـا تحكم العلاقات المتبادلة بين أفراده وهيئاته[1] إلا أنها عمـاد النظام الأقـتـصـادى فيـه، فهى المحور الأساسى للاقتصاد، حيث يعد الأستهلاك ـ كما قال الاقتصادى الانجليزى الشهير «آدم سميث» الهدف النهائى للانتاج (بكرى عطية، ١٩٨٤؛ ١٥)إذ يؤدى انخفاض معدلات الاستهلاك الى هدم أعتى المؤسسات وأشدها رسوخا، فاستمرار أية مؤسسة مرهون بمدى نجاحها فى تسويق منتجاتها (Schultzs Schut 2, 1990 :433) أى بمدى اقناعها للجمهور بشراء منتجاتها، فبدون ذلك يتوقف العمل تماما. وتوجد أدلة كثيرة على أن اختيار فرد مالسلعة معينة وتفضيلها على غيرها لايرجع لعوامل اقتصادية أو تسويقية بقدر مايرجع إلى عوامل اجتماعية ونفسية (عبد المنعم شحاته، 19 ,Bettman, 1986 ; Venkatesan).

ويقسم الباحثون العوامل المؤثرة فى السلوك الاستهلاكى إلى فئات ثلاث هى:

أ ـ عوامل خارجية.

ب ـ عوامل المنتج.

جـ ـ عوامل المستهلك.

أولا: عوامل خارجية:

تحدد النمط الاستهلاكى السائد فى مجتمع ما من خلال اسهامها فى تحديد عوامل المستهلك ـ التى سيرد ذكرها لاحقا كإدراك قيمة المنتج ومكانته وأسلوب الشراء ومستوى الطموح ونمط الحاجات، وكل هذا يتأثر بعوامل خارجية مثل ثقافة المجتمع، بل والثقافة الفرعية لشريحة ما فيه ((Venkatesan, 1970 والعرف الاجتماعى السائد، والسياسة العامة للمجتمع، والتى تحدد معدل النمو الأقتصادى فيه والتنظيم القانونى الذى يتبعه وحجم الدخل النقدى لمواطنيه، والقوة الشرائية التى يمثلها هذا الدخل لدى كل فرد، وظروف الحياة التى تضطر بعض الأفراد إلى الحصول على بعض المنتجات دون إمهال (كما فى حالات المرض المفاجئ، وماإليها) (مصطفى يوسف ٧٥ 1975؛ أضف إلى ذلك، الظروف الأقتصادية الدولية المتغيرة دائما، وضغوط الدول القوية المتذبذبة غالبا، والتى تخلق ظروف منح أو منع، تسهيل أوعرقلة، تؤثر ليس فقط فى الحصول على الآلات والخبرات اللازمة للأنتاج، بل تؤثر أيضا فى كيفية تسويق المنتجات فى الأسواق الدولية وحتى المحلية (أحمد جبر، ١٩٨٨).

ثانيا: عوامل المنتج:

من تصميم وتغليف وتسعير واستمالة المواطنين بواسطة الترويج والدعاية والإعلان، وكل هذا يجذب المستهلك ويحدد مدى قبوله للمنتج ودرجة رضاه ويزيد من احتمالات تكرار شرائه للمنتج (Bagozzi, 1983)، وتسعى إدارة أى منتج إلى ذلك من خلال تعديل تصميمه (شكله) أو حجمه أو تغليفه وتعبئته بشكل يرضى حاجات أغلب المشتريين (هانى ميساك، ١٩٨٩). ويعد التغليف عاملا مؤثرا فى ذلك لأنه يرمز لجودة المنتج وأهليته للثقة، كما يرمز لمكانه مقتنية ويبعث السرور فى نفسه، بالإضافة إلى ضرورة ملاءمته لأماكن التخزين المتاحة للمشترى (schultz & Schultz, 1990: 456)، لذا يعتمد عليه كعامل جذب المستهلك، كذلك يعتمد المنتجون على الاعلان(٢) كوسيلة مهمة لهذا الجذب.

والإعلان أحد صور التخاطب، أى رسالة يقدمها مصدرها عبر وسائل معينة، قاصدا حث المتلقى (المستهلك) على اقتناء منتج معين، وعلى هذا الأساس يمكن الأستعانة بنتائج بحوث الأستمالة بالمخاطبة (عرضها: عبد المنعم شحاته، ١٩٩٥) فى زيادة فعالية الأعلان كوسيلة تسويقية، ويمكن كذلك استنتاج أن متغيرات معينة فى موقف المخاطبة، كمصداقية المصدر وجاذبيته والاستمالات appeals الانفعالية والتعرض الانتقائى والأثر الكامن sleeper لها تأثيرها الواضح فى الأستجابة للأعلان الذى يسعى إلى تكوين انطباعات جيدة عن المعلن عنه وزيادة رغبة الناس فى اقتنائه وتمييزه عن بدائله فى السوق برسم صورة معينة عنه تمييزه عن غيره (Schultz & schultz, 1990: 452) لذلك تكون الاعلانات مضللة فى كثير من الاحيان، إذ تضخم مزايا المنتج، وتتجاهل عيوبه، وتستخدم فى ذلك، كل مايجذب انتباه المتلقى، من كلمات حسنة الوقع، سريعة الفهم، سهلة الترديد، ومصدر خفيف الظل، جذاب الطلعة (Malickson & Nasan, 1977: 89 - 92).

ويشير الباحثون إلى أن الاستجابة للإعلان تتأثر بعدد من المتغيرات، مثل:

أ ـ المثيرات غير اللفظية أو البصرية فى الأعلان، والتى تؤثر فى حكم المتلقى على المنتج المعلن عنه وتزيد دافعيته لمعالجة المعلومات المتضمنة فى الأعلان (childers & Houston, 1984).

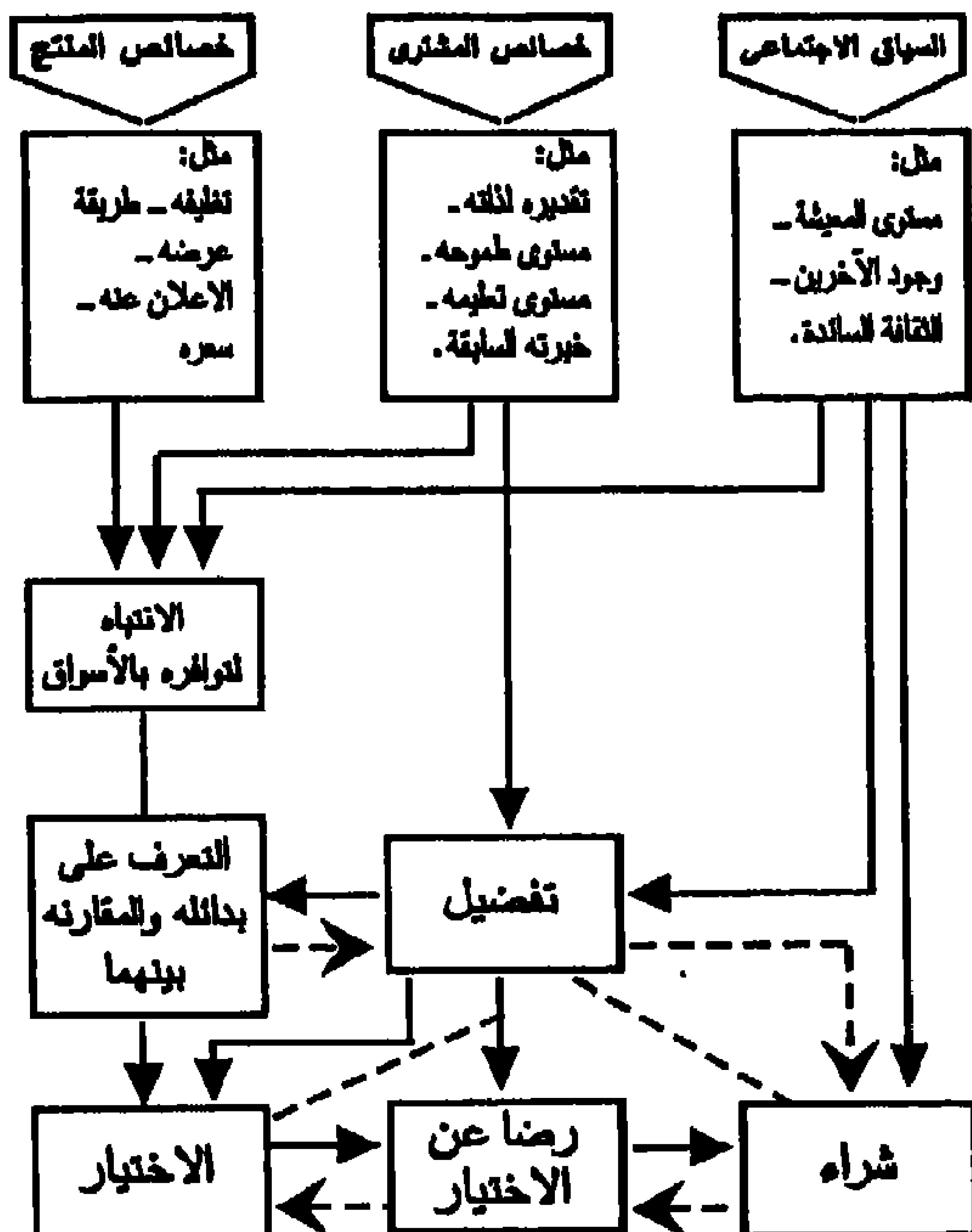
ب ـ البناء اللغوى لمضمون الإعلان، وتأثيره على تذكر الرسالة الأعلانية وتفاصيلها الدقيقة لدرجة أن خبراء التسويق طوروا نموذجا للغة الإعلانية (Thorson & Snyder, 1984).

جـ ـ الاتجاه نحو المعلن، أى مدى تقبل الجمهور أو رفضهم لمصدر الأعلان ومقدمه، والذى يلعب دورا مهما فى الاستجابة للأعلان خصوصا فى حالة الأفراد الأقل معرفة بالمنتج، والأقل استغراقا انفعاليا به، ويتوسط ـ أى يسبق ويمهد ـ هذا الأتجاه الاستجابات المعرفية والانفعالية للإعلان (Edell & Burke, 1984).

د ـ تكرار ربط المنتج المعلن عنه بخبره سارة أو مكانة مرتفعة، وتكرار عرض معلومات عن أهمية وضخامة مترتبات اقتناءه، وكلما زاد هذا التكرار زادت معدلات تقويم المتلقى لتلك المعلومات، مما يزيد تفضيله للمنتج وتبرير اقتناءه (Park & Fink, 1989).

ثالثا: عوامل المستهلك مثل:

خصال الأفراد وخبراتهم السابقة واتجاهاتهم أو تفضيلاتهم لهذه السلعة أو تلك، ومرونتهم التى تظهر فى قدرتهم على التنازل عن بعض المطالب والأكتفاء بالبعض الآخر (مصطفى سويف، ١٩٧٥: ٧٥)، وقدرتهم على أدراك مترتبات شراء سلعة ما، خصوصا المترتبات غير السارة للأختيار، ومدى رضاهم عنه، وقدرتهم على معالجة بيانات عن المنتج يقدمها الآخرون (أصدقاء ـ مندوبو مبيعات ـ وماشابه) أو الاعلانات (Biehal, 1983, Jhonson & Russo 1984) وتتوسط هذه العوامل بين التعرض للمنتج والأقدام على شرائه، وتفسر اختلاف السلوك الاستهلاكى من فرد لآخر، بل ومن موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد (عبد المنعم شحاته، ١٩٩٦) ويعرض الشكل التالى للعوامل التى تؤثر فى قرار الفرد الشرائى.



شكل يوضح العوامل المؤثره فى اتخاذ قرار الشراء

ويتعامل الباحثون مع السلوك الاستهلاكى باعتباره مرحلتين يفصل بينهما قرار الشراء، ويختلف فيهما الاسهام النسبى للعوامل السابقة كمحددات لاستجابة الفرد لمنتج ما، والمرحلتين هما:

أ ـ مرحلة الشراء.

ب ـ مرحلة مابعد الشراء واستعمال (٣) المنتج.

أولا: ما قبل الشراء:

يتمثل الشراء فى اقدام الفرد على منتج ما بمحض اختياره، وهذا الاقدام، اما يتم بشكل آلى اذا كان المنتج يشبع حاجه لايؤجل اشباعها أو اعتاد الفرد شراءه، واما يمر بعدة خطوات كالانتباه لتوافر المنتج بالأسواق، وجمع معلومات عنه وتكوين انطباعات معينة عنه ترسخ لدى الفرد تفضيله، وتثير الرغبة فى شرائه (فؤاد أبو اسماعيل،

١٩٨٥: ٣٣٨) وقد تتوالى هذه الخطوات على النحو السالف أو تأخذ اتجاها عكسيا، فتبدأ بالشراء ثم بجمع معلومات عن المنتج المشترى للتحقق من حسن اختياره (المرجع السابق: ٣١٥).

وسواء ثم الاقدام بهذه الطريقة أو تلك، فان عددا من المتغيرات تؤثر فيه من خلال التأثير فى المرحلة السابقة للاقدام من حيث طول مدتها أو ما تتضمنه من عمليات نفسية كالانتباه والادراك والمقارنه بين المنتجات وتقويم المعلومات المتاحه عنها.. الخ، ومن هذه المتغيرات:-

١ - طبيعة السلعة المشتراه، فالسلع غير المعمرة يتم شراؤها بدون تفكير طويل بالمقارنه بالسلع المعمرة (بكرى عطية، ١٩٨٤: ٢٥).

٢ - حاجات المشترى أو شعوره بالافتقاد لشئ (سلعة) ما.

٣ - دوافعه أو حالة الاستثارة الداخلية التى تدفعه لاشباع حاجته (عبدالمنعم شحاته، ١٩٩٦)

٤ - ادراكه أن سلعة ما ستشبع تلك الحاجة، وتتحكم فى هذا الادراك عوامل كثيره، من بينها خصال شخصية الفرد المدرك وطموحاته وذكرياته الاستهلاكية التى هى اتجاهات ايجابية نحو منتج ما، تحدث بفضل تراكم معلومات عنه، ارتبطت بخبرات سارة (عبدالمنعم شحاته، ١٩٨٩) أثناء التعرض المباشر أو غير المباشر له، كأنه يكون قد سبق شراؤه أو مشاهدته اما لدى أحد المعارف أو معروضا فى الأسواق أو من خلال الاعلانات بوسائلها المختلفة.

٥ - قدرته على المقارنة بين بدائل المنتج وتقويم اختيار أحدها وما يؤثر فى هذه القدرة من كمية المعلومات المتاحة وخصال مصدرها وأغراضه (Bagozzi, 1984) وقدرته على ادراك العلاقة بين جوانب المنتج مثلا علاقة السعر بالجودة ومعتقداته عن هذه العلاقة، فهذه المعتقدات تفسر لنا سلوك الشراء السابق لاصداره، كما تسهم فى معالجة معلومات الفرد الحالية عن المنتج، بالاضافة الى أنها تمكننا من التنبؤ بالقرارات الشرائية المستقبلية للفرد (Bettman, 1986).

٦ - الحالة المزاجية التى يكون عليها اثناء اتخاذه لقرار الشراء، وتتراوح ما بين الشعور بالرضا أو الشعور بالسخط وتكشف البحوث أنها مؤثر مهم فى سلوك الاستهلاك لدى الفرد، وأن تأثيرها يتوقف على نوع المنتج (أحمد جبر، ١٩٨٨)، ومستوى طموح الفرد، ودرجة مرونته، ومستوى ذكائه العام، وحد الاشباع لديه، أو الحد يشبع عنده بعض الحاجات فى حدود الظروف الاقتصادية المتاحة، ويتدخل هذا الحد فى تحديد شعور الفرد بالرضا أو الاحباط عن طريق تعينه النسبة بين الحاجات التى لقيت الاشباع عند الشخص والحاجات التى لم تلقه (مصطفى سويف، ١٩٧٢: ٧٦).

٧ - كون المشترى يشترى لنفسه أو الآخرين، فقد يشترى سلعة ليقدمها هدية لغيره، هنا يتأثر قراره الشرائى بتوقعاته لما يرضى الآخر، كذلك تلعب تفضيلات باقى أفراد الأسرة دورا فى تحديد السلوك الاستهلاكى للفرد، خصوصا فى ظل تضاؤل دور الرجل وتعاظم دور الزوجة الشرائى، وتزايد دور الأبناء فى اتخاذ القرارات الشرائية الخاصة بهم أو بالأسرة (فؤاد أبو اسماعيل، ١٩٨٥: ٣٩ - ٤٠).

٨ - مستوى تعليم المشترى وعمره ومهنه وكذلك سمات شخصيته خصوصا تقديره لذاته وامكانية اصداره لسلوك مؤكد للذات، حيث تكشف البحوث عن تأثر القرارات الشرائية للفرد بهذه المتغيرات (عبدالسلام الشيخ، ١٩٨٨).

ويختلف الاسهام النسبى لهذه العوامل وغيرها فى احداث استجابة الشراء، ويقدم «باجوزى Bagozzi» (١٩٨٣) عدة تصورات تظهر هذا الاختلاف، وهى:-

أ - نموذج الاستجابة المعرفية:

يتعرض الفرد لمعلومات عن المنتج (سعره، استخدامه، كيفية الحصول عليه.. الخ) مصدرها اما أفراد آخرون أو أغلفة المنتج أو اعلانات عنه تهدف اما الى عزو أوصاف معينة الى المنتج، أو ترسيخ علاقة (منطقية، سببية، مزاجية) بينه وبين قيمة أو شئ أو مكان أو شخص (مؤثر اجتماعيا). وأثناء هذا التعرض، يصدر الفرد استجابات انفعالية تنشأ نتيجة انقاص توتر ناتج عن حاجة أولية (كالطعام)، أو كدالة لتنبيه حاجة ثانوية (تقدير الذات) وترتبط هذه الاستجابات شرطيا بالمنتج، وتستثير مشاعر ايجابية نحوه، تجعل الفرد يميل لمقارنته ببدائله، وتقويم الرضا الناتج عن اشباع كل منها لحاجاته، ونتيجة هذه المقارنة، ينشأ التفضيل الذى يأتى محصلة لاستجابات معرفية وانفعالية موضوعهما المنتج.

وهكذا يركز رجال التسويق على المنتج، مستهدفين - من خلال الاعلانات - احداث استجابات معرفية، يستعين بها الفرد عند اتخاذه قرار الشراء، وترتبط هذه الاستجابات المعرفية بمشاعر معينة نحو المنتج، يتبعها تفضيل ثم اختيار فرغية فى الشراء، وكل من المعارف، المشاعر، التفضيلات مفاهيم مفترضه يستدل عليها، أما الاختيار، والأنشطة المؤدية اليه فيمكن ملاحظته بشكل مباشر.

وتكشف البحوث أن تتالى عمليات اتخاذ القرار على النحو السالف لايتم الا اذا كان المستهلك مستغرقا in-volved فى المنتج ، وعلى وعى بالفروق بينه وبين بدائله، أى تتوافر لدى الفرد معلومات كافية، ولديه الوقت الكافى لمعالجتها قبل الاختيار، ثم ليست هناك خطورة مترتبة على الاختيار.

وهكذا يعد السلوك الاستهلاكى سلوك معقد، يشمل عمليات نفسية أساسية تبدأ بأنشطة ادراكية تؤدى الى تعلم معرفى، يدفع بدوره الى انفعال، يرتبط بالتعلم المعرفى من خلال الاتساق، ثم ينتهى بأنشطة اتخاذ القرار.

ب - نموذج الاستجابة الانفعالية:

ويختلف عن سابقة فى الوزن النسبى لعناصر اتخاذ القرار، وتوقيت ممارسة كل عنصر لدوره، ويختلف أيضا فى أن المنتج يؤثر فى الحالة الانفعالية أولا، وقبل أن يؤثر فى ايه استجابة أخرى، ويتم ذلك على النحو التالى:-

١ - تعريض المستهلك لاعلان يحثه فقط على تفضيل المنتج، وتوضيح كيفية الحصول عليه، هنا يؤدى الانفعال الناتج سريعا الى تفضيل، دون القيام بمعالجة معرفية - أو القيام بمعالجة ضعيفة المستوى - لمضمون الاعلان، وبنفسى السرعة يؤدى التفضيل الى الاختيار، أى أن قرار الشراء اتخذ على أساس انفعال يستثيره مجرد عرض اعلان أو تأثير بائع أو مندوب مبيعات.

٢ - وقد يرتبط المنتج شرطيا بانفعال يصاحب اشباع حاجة ما نتيجة التزامن فى الحدوث بناء على ذلك، يؤدى ظهور المنتج الى الشراء مباشرة، ويؤدى تكرار التزامن الى قيام المنتج بدور المكافأة أو التدعيم، مما يزيد من احتمالات شرائه كلما ظهر.

٣ - يكون الفرد انطباعا عن المنتج عقب مشاهدته، وذلك فى ضوء مدى ادراك الفرد للرضا الذى يحققه المنتج، فأول رد فعل نحوه يكون انفعاليا، ويؤثر فى استجاباته اللاحقة كالتفضيل والاختيار، وكثير من المستهلكين يقدمون على منتج ما أو يحجمون عنه فى ضوء انطباعهم الأول.

٤ - تلعب الظروف المحيطة بالشراء دورا كمنبهات له ومحك لتقويمه، وأثناء ذلك يستنبط الفرد مشاعره نحو المنتج ويعزوها اليه، خصوصا اذا كان جذابا أى مرتبط بقيمه اجتماعية، ويختار المعلنون مضمون مخاطبتهم لتحقيق ذلك، أى عزو مشاعر معينة الى المنتج واستثارتها لدى الجمهور.

هذه بعض طرق اتخاذ القرار الشرائى على أساس رد الفعل الانفعالى للمنتج، وتصدق فقط فى حالة عدم معرفة

المشترى بالفروق بين المنتج وبدائله، وفى ظل حاجة قوية تدفع للشراء، وغياب معوقات اشباعها كالظروف الاقتصادية أو التنظيم القانونى، فى ظل هذا أو ذاك، يقفز المستهلك من الاستجابة الانفعالية للمنتج الى الرغبة فى شرائه دون أدنى جهد معرفى يتوسطها.

جـ - نموذج الاستجابة المتوازنة:

يركز النموذجان السابقان على مشاهدة المنتج للمرة الأولى، وما تحدثه من استثارة لمعالجته معرفية أو رد فعل انفعالى، وفى ضوء غلبة أحدهما على الآخر، تكون الاستجابة معرفية أو انفعالية. اما اذا شاهد الفرد منتج سبقت رؤيته، فقد تحدث المشاهدة الثانية - أو الثالثة.. الخ - استجابات معرفية وانفعالية فى الوقت ذاته، تؤثر كل منها بشكل مباشر ومنفصل أيضا فى قرار الشراء، وذلك فى ظل:-

١ - أن يستثير المنتج استجابة انفعالية متوسطة الشدة ولاتطغى على معالجة المعلومات التى قد يتلقاها الفرد أثناء هذه الاستثارة.

٢ - أن تكون لدى الفرد خبره سابقة بالمنتج، تسمح له باصدار استجابات انفعالية منفصلة. وتكشف البحوث أن الذين لديهم هذه الخبرة أكثر قدرة على معالجة المعلومات الحالية عن المنتج، وخصوصا ما يتعلق منها بالمغانم والمغارم أو المزايا والتكلفة (Bruks , 1985)، وتعتمد هذه المعالجة على قدرة الفرد على تذكر المعلومات السابقة، ويتأثر بمصدرها ونمط معالجتها، وقرار الشراء الناتج عنهما، كما يتأثر التذكر بالحالة المزاجية للفرد الآن، فان كانت ايجابية، كان الجهد الذى يبذله للحصول على معلومات جديدة أقل والبحث عنها محدود (Isen, 1984) والرغبة فى الدقة والكفاءة أعلى.

٣ - أن يكون المستهلك مرتفع القدرة على التمييز، ومتسما بالاستقلال. فى ظل ذلك تحدث مشاهدة المنتج للمرة الثانية: اما استدعاء الاستجابات السابق تعلمها أثناء الرؤية الأولى، وتنشيطها بحيث تؤثر فى قرار الشراء التالى، أو تؤثر - مرة أخرى - فى الحالة الانفعالية أو المعالجة المعرفية -، وفى ضوء هذا الأثر يمكن أن يستجيب الفرد للمنتج انفعاليا ومعرفيا وبشكل متواز.

د - نموذج الاستجابة الاجتماعية:

اذا كانت النماذج السابقة تركز على استجابة الفرد لمتغيرات المنتج (سعره - تصميمه - الاعلان عنه.. الخ)، فهذا النموذج يركز على متغيرات السياق (كضغوط أفراد الأسرة - الظروف الاقتصادية... ما شابه)، والتى تعد محددات اجتماعية لقرار الفرد بشراء منتج ما، فعلى سبيل المثال لوحظ سرعة اتخاذ هذا القرار اذا خرج الازواج معا للشراء بالمقارنة بخروجهم فرادى، اذ يستغرق كل منهما وقتا أقل لاكتساب معلومات عن المنتج، وذلك اما لتكامل تقويماتهم لهذه المعلومات مما يؤدى الى سرعة اتخاذ قرار الشراء، أو لتنافرها مما يؤدى الى سرعة اتخاذ قرار الاحجام عن المنتج، وفى كلتا الحالتين اتخذ القرار سريعا (Zimmer & Jacoby, 1984) فقرار الفرد بالشراء يتأثر بوجود فرد آخر (من الأسرة، أو الأصدقاء، حتى مندوبى المبيعات) أثناء اتخاذ القرار. أضف الى ذلك، أن للجماعات التى ينتمى اليها الفرد (جماعة العضوية كالأسرة، وجماعة الاقران... الخ) أو يطمح فى الانتماء لها (الجماعة المرجعية) رموز وتعميمات نمطية stereo-type تستخدم للتعبير عن المنتجات وتيسر التخاطب بين الأفراد أثناء الشراء، ولهذه الجماعات أيضا معاييرها وأعرافها التى يجب أن يحتكم اليها الأعضاء عند اتخاذ قرار الشراء أو عدم الشراء. وكل هذه النماذج تحاول فقط ابراز الأهمية النسبية لاحدى العمليات التى تتوسط بين مشاهدة المنتج وشرائه، ومن الممكن أن تتكامل النماذج السابقة لتشكل نموذجا شاملا يفسر عملية الشراء ويحدد وظائف العمليات النفسية السابقة للشراء، فمثلا تستثير

مشاهدة المنتج انفعالات معينة، تدفع الفرد لبذل جهد معرفى (كالبحث عن المعلومات ومعالجتها وتذكرها..) يوجه بشكل مباشر قرار الشراء، وترجع خصال شخصية المشترى وظروفه الاجتماعية قرار معينا هو ثمرة الجهد المعرفى المشار اليه، مما يؤكد تعقد عملية الشراء وتنوع محدداتها وتباين الارتباطات بين هذه المحددات وتمايزها فى الشدة والوجهة وفقا لمبدأ التفاعل.

ثانيا: ما بعد الشراء:-

حيث التقويم المباشر للمنتج من خلال استعماله (٣)، وسواء كان المستخدم للمنتج هو المشترى نفسه، أو كان شخصا آخر، فان درجة رضاة عن المنتج الذى يستخدمه تؤثر فى قرارات الشراء المستقبلية، وتتأثر هذه الدرجة بعده عوامل منها:-

١ - ما استقطعه شراء المنتج من ميزانية المستخدم.

٢ - مدى توافر بدائل المنتج فى الأسواق.

٣ - مشاعر الآخرين الذين يشاركون فى الاستخدام (كالزوجة والأبناء... الخ).

٤ - علاقة السلعة بمجموع السلع التى يستخدمها الفرد، أو مكانتها فى النظام الاستهلاكى الكلى للفرد (بكرى عطية، ١٩٨٤: ٢٥٣ - ٢٥٤)

٥ - كون السلعة دون المستوى المتوقع، لعيوب فى الانتاج أو التصميم يصعب اكتشافها الا بعد الاستخدام (فؤاد أبو اسماعيل، ١٩٨٥: ١١١).

٦ - ما ينتج عن الاستخدام من تفاوت بين خصائص المنتج، وما يدعيه الاعلان عنه، ومدى قدرة المنتج على اشباع حاجات المستخدم.

مما سبق يتضح ضرورة وضع أثار عوامل كثيرة فى الحسبان عند التعامل مع السلوك الاستهلاكى، أو التنبؤ بقرارات الفرد الشرائية.

الإجراءات

هدف البحث:-

بناء على ما سبق يصبح هدف هذا البحث هو الاجابة عن السؤال التالى:

ما هى العوامل الاجتماعية النفسية المؤثرة فى قرار الفرد بشراء منتج ما؟ وما هى درجة تأثيرها؟

ويمكن صياغة الفروض الصفرية التالية كاجابة على السؤال المطروح:-

١ - لايؤثر كل من: نوع المنتج - سعره - وسائل ترويجه (اعلان أو مندوب مبيعات أو اعلان نسب خصم) على قرار المشترى بالشراء.

٢ - لايؤثر كل من: نوع المشترى - مستوى تعليمه - وجود آخرين أثناء الشراء، فى قرار المشترى بالشراء.

للتحقق من هذين الفرضيين الصفريين: اتبع ما يلى:

أداة البحث:

استخبارمكون من ٢٠/بندا (٤)، لكل منها ثلاثة بدائل تعبر عن المواقف المتباينة لأحد العوامل المؤثرة فى الشراء كالترويج أو وجود آخرين أثناء الشراء. وقد حسب ثبات الاداء بطريقة اعادة اختبار ٤٠ فردا مختلفين فى نوعهم عمرهم ومستوى تعليمهم، وكان الفاصل الزمنى بين مرتى الاختبار أسبوعا، وحسب نسب الاتفاق بين اجابتى المبحوث، وقد تراوحت بين ٦٠٪، ٩٠٪ واعتمد على اتفاق المحكمين (٥) كمؤشر لصدق الأداه كما اعتمد على اتفاق النتائج مع توقعات كونتها نتائج بحوث سابقة كمؤشر أخر لصدق الاداة، من هذه التوقعات:-

١ - أن لمستوى التعليم أثره فى استجابة المشترى سواء لنوع المنتج أو للاعلان عنه.

٢ - أن لنوع المشترى أثره فى تفضيل المنتجات والاستجابة لخصائصها كالسعر ونوع السلعة.

٣ - أن للآخرين تأثيرهم فى التفضيلات الشرائية وفى استعمال المنتج بعد شرائه وخصوصا الأصدقاء منهم.

العينة : -

٣٩٠ فردا، ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٥ - ٥٠ سنة، منهم ٢٠١ ذكر، ١٨٩ أنثى من مستويات تعليمية مختلفة كما هو موضح بالجدول التالى.

	جامعى	متوسط	دون المتوسط	جملة
ذكور	٦٥	٧٠	٦٦	٢٠١
إناث	٦٥	٦١	٦٣	١٨٩
جملة	١٣٠	١٣١	١٢٩	٣٩٠

جمع البيانات وتحليلها:

تم جمع البيانات بشكل فردى، حيث قدم الاستخبار لافراد العينة، وتولوا الاجابة عليه، وكان تدخل الباحث محدودا، ولدى فئه التعليم دون المتوسط فقط، حيث كان يساعدهم فى قراءة البنود.

ولأن هذا البحث استكشافى، فسوف يكتفى الباحث بحساب النسب المئوية لاختيار المبحوثين لبدائل كل بند، وسوف تتم مقارنة هذه النسب بين النوعين وكذلك المستويات التعليمية المختلفة.

النتائج ومناقشتها:

سيتم عرض النتائج وفق الأبعاد التالية:

أ - متغيرات المنتج (٨بنود).

ب - تأثير الأخرين فى قرار الشراء (٦ بنود)

جـ - خصال شخصية المشترى (٦ بنود).

أولاً: متغيرات المنتج:

١ - نوع المنتج:

أ - تتفق فئات المبحوثين على شراء الملابس الأكثر ملائمة للبنية الجسمية ولتقاليد المجتمع بغض النظر عن «موضة» الملابس وأسعارها، فـ ٧٥,٤ ٪ من الجامعيين الذكور ٨٤,٣٪ من ذوى التعليم المتوسط ٦٨,٢٪ ممن تعليمهم دون المتوسط، ٨١,٥ ٪ من الجامعيات ٧٣,٨٪ من متوسطات التعليم، ٦١,٩٪ ممن تعليمهن دون المتوسط يفعلون ذلك. ولا توجد فروق دالة بين هذه النسب، إلا الفرق بين نسبة الذكور الجامعيين ونسبة الاناث ذوات التعليم دون المتوسط، وتبلغ قيمة الفرق ٢,٥١٧

ويختلف الأمر عند شراء هدايا لأشخاص أخرين، فـ ٦٤,٦٪ من الجامعيين يفضلون المتميز منها، مقابل ٢١,٢٪ ممن هم دون المتوسط من التعليم، الذين يفضل ٦٥,٢٪ منهم شراء هدايا رمزية، ١٨,٥ ٪ من الجامعيين، وقيمة الفرق بين الفئتين ٥,٥٨٦، ٦,١٥ على التوالى وهما دالان احصائياً، ومن المحتمل أن هذا الفرق راجع للعامل الاقتصادى المتمثل فى حجم الدخل. وتجذب الهدايا مرتفعة الثمن النساء، ٥٣,٨ من الجامعيات، ٤٢,٢٪ من متوسطات التعليم، ٧١,٤٪ ممن تعليمهن دون المتوسط يفضلن الهدايا مرتفعة السعر، وكانت النسب المقابلة للذكور هى ١٥,٣٨٪، ٤٥,٧٪، ١٣,٦٪ على التوالى ، ونلحظ فروقاً بين النوعين فى فئتى التعليم الجامعى ودون المتوسط، اذ تبلغ الفروق ٥,٠٣، ٨,١٢٤ وتشير الى أن تفضيلات الذكور أكثر توائماً مع ظروفهم الاقتصادية بالمقارنة بالاناث.

ب - ويتفق الجامعيون والجامعيات على تفضيل الطعام الأكثر قيمة غذائية بغض النظر عن سعره بالمقارنة بمن هم دون المتوسط من التعليم ذكوراً وأناثاً، حيث النسب المئوية هى ٧٣,٨٪، ٨٣,١٪، ٤٧٪، ٤٧,٦٪ على

التوالى، والفرق دال بين المستويين من التعليم يبلغ ٣,٢٥ للذكور، ٤,٥٢ للاناث. كذلك يشترى الجامعيون ذكوراً أو اناثاً ما اعتادوا شراؤه من أصناف الغذاء، بينما يفضل ذو التعليم دون المتوسط، وخصوصاً الاناث منهم، شراء أصناف لم يسبق لهم شراؤها بغرض تجريبها، وكانت النسب المئوية هى ٦٣,٦ ٪ من الذكور ٦٨ ٪ من الاناث مقابل ٢٤,٦ ٪ من الجامعيين ٢١,٥٤ ٪ من الجامعيات، والفرق بين المستويين من التعليم دال احصائياً، اذ يبلغ ٤,٩ ، ٥,٩٧ على التوالى.

٢ - وسائل ترويج المنتج:

أ- تبين أن تأثير اعلان نسب خصم فى سعر المنتج يتوقف على نوعه، اذ يميل المبحوثون لشراء الكمية المعتادة من السلع الغذائية بغض النظر عن التخفيضات فقد ذكر ٦٠ ٪، ٦١,٥ ٪ ، ٧١,٤ ٪، ٦٥,٦ ٪، ٦٣,٦ ٪، ٤٩,٢ ٪ على التوالى أنهم فعلوا ذلك، بينما يفضل ٥٨,٤ ٪، ٧٢,٣ ٪، ٥٧ ٪، ٦٠,٦٥ ٪، ٦٨,٢ ٪، ٦٣,٥ ٪ على التوالى شراء كمية أكبر مما يحتاجون من الملابس. ولعل عمر المنتج وامكانية تعدد استخدامه وراء هذا التفات فى تأثير اعلان نسب خصم.

ب - واتضح أن عرض السلع عامل مؤثر فى قرار الشراء، حيث ذكر ٥٢,٣ ٪، ٥٨,٤ ٪ ، ٤٧ ٪، ٤٢,٢ ٪، ٤٦ ٪، على التوالى أنهم قد يشترون أشياء لم يفكروا فى شرائها من قبيل لمجرد مشاهدتهم لها أثناء تمضية وقت الفراغ فى رؤية المعروض بالمجلات. وقد يرجع هذا الأثر اما الى أن العرض ذكر المشترى بالأشياء الناقصة لديه، أو أعطاه إنطباعاً إيجابياً عن المنتج، أو قدم له العرض معلومات يسرت عملية الاختيار وأسرعت بها.

جـ - ومن المحتمل أن هناك تفاعل بين مشاهدة الاعلان ومستوى تعلم المشاهد، حيث ذكر ٥٣,٨ ٪، ٥٦,٩ ٪ من الجامعيين والجامعيات أنهم لايلتفتون للاعلانات المتلفزة، فى مقابل ٣٠,٣ ٪، ٢٣,٨١ ٪ من أصحاب المستوى التعليمى دون المتوسط الذين ينتبه ٤٢,٤ ٪، ٤٩,٢ ٪ منهم بشدة للاعلانات فى مقابل ٣، ١٢ ٪، ٦، ٤ ٪ من الجامعيين والجامعيات يفعل ذلك، والفروق بين الفئتين تبلغ: ٨، ٦،٢ ، ٤،٠ ، ٤،١ ، ٦،٥٦، على التوالى، وهى دالة احصائياً، وتشير إلى ضرورة أن يضع مصمموا الأعلان مستوى تعليم متلقيه فى الحسبان.

ثانياً: تأثير الآخرين:

يفضل أغلبية مبحوثينا الذهاب للشراء بمفردهم، اذ ذكر ١ر٨٣٪، ٦٧،٧ ٪، ٩٠ ٪، ٨٥ ٪، ٩١ ٪، ٦٩،٨ ٪ منهم ذلك، ربما حرصا منهم على ألا يتأثروا بأحد عند اتخاذ قرار الشراء والمفاضلة بين المنتجات، وربما أيضاً تحاشياً للزحام فى المحلات أو توفير الوقت. وللأخرين تأثيرهم فى قرار الفرد الشرائى كما يلى:-

١- الصديق: لرأيه الأثر البالغ فى استعمال المنتج بعد شرائه، فالجامعيون يكرهون المنتج إذا انتقده صديق، حيث يفعل ذلك ٦٣,١ ٪، ٦٧،٧ ٪ منهم فى مقابل ١٨,٢ ٪ ٢٢,٢ ٪ ممن تعليمهم دون المتوسط الذين يحاول ٧٥,٨ ٪، ٦٦،٧ ٪ منهم تقبل السلعة على الرغم من نقد الصديق لها، فى مقابل ٣٦،٩ ٪، ٣٠،٧٧ ٪ من الجامعيين يفعل ذلك، والفروق بين الفئتين تبلغ: ٨٦،٥ ، ٨٤،٥ ، ٨٩،٥ ، ٤، ٣٦،٤ ، وهى دالة احصائياً.

٢- وتتوقف مصاحبة المشترى لأحد أفراد أسرته على مستوى التعليم، فالجامعيون يفضلون رفقة فرد من الأسرة كما ذكر ٤ر٥٥ ٪ ، ٥٢،٣ ٪ منهم بينما يفضل ذو التعلم دون المتوسط رفقة أحد معارفهم كما ذكر ٥٦،١ ٪، ٦، ٤٧ ٪ منهم فى مقابل اصطحاب ٣، ٣٠ ٪، ٢٣،٨ ٪ منهم لأحد أفراد الأسرة، بينما يفضل ٢٤،٦ ٪ ٥، ٢١ ٪ من الجامعيين صحبة أحد المعارف، والفروق دالة احصائياً. وللأبناء تأثير كبير فى تفضيلات الأباء الغذائية، إذ تتأثر قراراتهم الشرائية برغبات أبنائهم، والجامعيون أكثر تأثراً من غيرهم كما يتضح من النسب التالية: ٦٩ ٪ ، ٧٦ ٪، ٦٥ ٪، ٦٧ ٪، ٥١ ٪، ٥٤ ٪.

٣ - يتضاءل الاعتماد على رأى الخبراء عند شراء سلع معمرة بالمقارنة باعتماد الفرد على خبرته الخاصة المستمدة من مقارنة ماشاهده بالمحلات المختلفة ومعالجة المعلومات المتاحة عن السلعة قبل اتخاذ قرار شرائها، فمقابل ١٧ ، ٢٦ ٪ من الجامعيين يستشير الخبراء، يعتمد ٦ ، ٦٤ ٪ منهم على خبرتهم الخاصة. وكذلك ٦ ، ٢٨ ٪ من متوسطي التعليم يستشيرون خبراء، مقابل ٥٤,٣ ٪، ٨ ، ٣١ ٪ ممن هم دون المتوسط، مقابل ٤٨,٥ ٪، بينما يستشير الخبراء ٤١,٥ ٪ من الجامعيات، ٣٤ ٪ من متوسطات المستوى التعليمي، ١٤,٤ ٪ من هن دون المتوسط، ونلحظ تضاؤل اعتماد من هن دون المتوسط من التعليم على الخبراء مقابل الجامعيات ٤ ، ١٤ ٪ مقابل ٤١ر٥ ٪ مما يشير إلى تأثير لمستوى تعليم المشترى فى قراراته الشرائية.

ثالثاً: خصال الشخصية:

يؤكد غالبية مبحوثينا أنهم لايتأثرون بطريقة عرض الباعة المتجولين لسلعهم، إذ يذكر ٧١.٨ ٪، ٧٠,٨ ٪، ٦٤,٣ ٪، ٧٣,٨ ٪، ٥٩,١ ٪، ٥٥,٦ ٪ منهم على التوالى أنهم يشترون من هؤلاء الباعة تأثرا بحاجاتهم فقط وليس لتأدب الباعة فى العرض أو لألحاحهم المبالغ فيه. ويذكر ٩٠,٨ ٪، ٩٧ ٪، ١٠٠ ٪، ٨٧ ٪، ٩٣ ٪، ٨٩ ٪، ٨١ ٪، منهم أنهم يشترون من الباعة المتجولين لأنهم قادرون على المساومة ويشير هذا إلى أهمية صورة الفرد عن ذاته وقدرته على اصدار سلوك مؤكدا لذات، ويؤيد ذلك كون ٦٦,٢ ٪، ٧١ ٪، ٥٧ ٪، ٥٢ ٪، ٥٤,٥ ٪، ٣٩,٧ ٪، من مبحوثينا يعيدون للمحل السلع التى يكتشفون بعد شرائها أنها تالفة فى مقابل ٢٣,١ ٪، ٢٠ ٪، ٣٥,٧ ٪، ٤١ ٪ ، ٣١,٨ ٪، ٥٠,٨ ٪، منهم يتخلصون من السلعة ويقررون عدم الشراء من نفس المحل مستقبلاً. وتتزايد الأدلة التى تظهر تأثير قدرة الفرد على توكيد ذاته فى قراراته الشرائية فحينما يشترى هدية لشخص ما، فانه يشترى ما يعبر عن ذوقه هو لاذوق المقربين له أو الذى ستقدم له الهدية كما ذكر ٦٣,٢ ٪، ٥٩,١ ٪، ٦٤ ٪، ٧٥,٣ ٪، ٥٢,٧ ٪، ٤٩,٨ ٪، على التوالى وحينما يشترى شيئاً للمرة الأولى، فهو لايشترى لأنه شاهده عند أصدقائه أو عند غيرهم، وانما يشتريه رغبة منه فى الاستكشاف كما ذكره ٧١,٦ ٪ ٧٤ ٪، ٦٣,٨ ٪، ٦٩,١ ٪، ٥٦,٤ ٪، ٥٣,٢ ٪، على التوالى، ويتكرر شراؤه لهذه السلعة ليس تأثراً بآراء الآخرين فيها وانما برأيه هو الذى كونه أثناء استعمالها ومن خلال الخبرة المباشرة كما ذكر ٩٠,٣ ٪، ٨٨,٩ ٪، ٩٣,١ ٪، ٩٥,٧ ٪ ٧٩ ٪، ٦٥,٦ ٪، وكل هذا يؤكد صورة الفرد عن ذاته وقدرته على توكيدها سلوكياً لفهم تفضيلاته الاستهلاكية والتنبؤ بقراراته الشرائية.

الخلاصة:

فى محاولة لاستكشاف أهم المتغيرات المؤثرة فى قرارات أفراد المجتمع المصرى الشرائية، جمعت بيانات من ٣٩٠ فردا - من النوعين ومن مستويات تعليمية وعمرية مختلفة - بواسطة استخبار مكون من ٢٠ بندا، وتكشف البيانات عن:

١- يتوقف تأثر اعلان نسب خصم فى سعر المنتج على نوعه.

٢- لطريقة عرض المنتج بالأسواق دورها فى زيادة الاقدام على شرائه.

٣- تعتمد الاستجابة للاعلانات على مستوى تعليم متلقيها، فالأكثر تعليما أقل تأثرا بالاعلان بالمقارنة بالأقل تعليما.

٤- ان نوع المشترى وحجم الدخل النقدى الذى يحصل عليه، يؤثران فى قراره الشرائى، وكذلك القدرة على اصدار سلوك مؤكد للذات.

٥- يتفاوت تأثير الآخرين بتباين مرحلة السلوك الاستهلاكى، فللابناء تأثير كبير فى تحديد قرار الآباء

الشرائى قبل اتخاذه، بينما يتضاءل الاعتماد على أراء الخبراء عند اتخاذ هذا القرار، أما الأصدقاء، فيتركز تأثيرهم على مرحلة ما بعد الشراء وأثناء استعمال المنتج.

وتبقى الاشارة الى ما تثيره هذه البيانات من تساؤلات حول دور متغيرات مثل:

١- خصال الشخصية، ومدى اسهامها فى ترجيح القرار الشرائى، ومن هذه الخصال: وجهة الضبط (داخليا أم خارجيا) والقدرة على الإحاطه

٢ - أنساق القيم وما يترتب على تعديلها من تغير فى التفضيلات الاستهلاكية.

٣ - التشبع المعرفى نتيجة تكرار معلومات معينة عبر الاعلان.

والإجابة على هذه التساؤلات تتطلب إجراء المزيد من البحوث.

الهوامش:

١ - إذ يشير المفهوم الحديث للتسويق الى كل عمليات التبادل التى تتم بين وحدات المجتمع، بصرف النظر عن نوعية ما هو متبادل أو وجود تعاملات مالية، أو كان الهدف من التبادل هو الربح أو غيره (نعيم أبو جمعة، ١٩٨٩).

٢ - يجب التمييز بين كل من:

أ- الترويج ويشير الى الأنشطة التى تهدف الى التنسيق بين الاعلان والبيع بغرض زيادة فعاليتها (بكرى طة عطية، ١٩٨٤ : ٩٠) ويتضمن الترويج شئ مادى ملموس كالهدايا وتسب الخصم.

ب- الاعلان أى مناشدة فئة معينة من الجمهور من خلال تخاطب عن بعد حيث تفصل عليهم مركزة على حاجاتهم، توضح كيفية ارضاء هذه الحاجة من خلال اقتناء المعلن عنه (المنتج) وجعله مرغوبا، وتبرر هذا الاقتناء.

جـ- الدعاية وهى مناشدة أكثر عمومية من الاعلان، اذ تستهدف جمهورا أعرض وأكثر تنوعا وتباينا، وبالتالى يصعب تفصيلها عليه، وتسعى للتحكم فى سلوك أفراده نحو اشياء معينة (سلع) أو قيم فى المجتمع أثناء مرحلة ما.

(Brown, 1969: 20, 173, 190)

٣ - يميز: رجال التسويق بين كل من:

أ- الاستعمال حيث تتعدد مرات الاستخدام نظرا لعمر السلعة كما فى السلع المعمرة.

ب- الاستهلاك ويشير الى استخدام سلع غير معمرة.

جـ- الاستفادة وهى تقابل اللفظين السابقين حينما يكون التعامل مع خدمات وليس مع سلع.

٤ - مثال لهذه البنود:-

أ- حين ينتقد صديقك سلعة اشتريتها، فهل:-

تقرر اعادتها للبائع قدر الامكان ( )

تكرهها ولاترغب فيها بعد ذلك ( )

تحاول تقبلها حتى لاتخسرها ( )

ب- لما تنوى شراء سلعة معمرة (ثلاجة مثلا)، هل:-

تسأل أهل الخبرة أو الذين جربوها عن أفضل «ماركة» ( )

«تلف» المحلات تقارن بين «الماركات» المختلفة ( )

تنزل السوق واللى تعجبك تشتريها فورا.

جـ- حينما تذهب «لسوبر ماركت» ، وتجد عدة منتجات لصنف غذائى واحد، فهل:

تشترى ما اعتدت شراؤه من قبل ( )

تشترى ما تشاهده أكثر فى الاعلانات المتلفزه ( )

تشترى بحسب الظروف وبغرض التجربة ( )

د- حينما تشترى شيئا لأول مرة، فهل يتأثر شراؤك له مره اخرى بـ:

فائدته لك بغض النظر عن ثمنه ( )

ثمنه فقط ( )

أراء الأخرين فيه ( )

٥ - وهم عبارة عن أستاذين وثلاث أساتذه مساعدين فى علم النفس.

المراجع العربية

١ - أحمد على جبر ١٩٨٨ مدى رضا عملاء الخدمات خلال عملية اتخاذ قرار الشراء،، مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦ (صيف): ٢٤٣ ـ ٢٧٢.

٢ - بكرى طه عطيــة ١٩٨٤ مقدمة فى التسويق الوصفى والتحليلى، القاهرة: المطبعة العالمية.

٣ - عبد السلام أحمدى الشيخ ١٩٨٨ اتجاهات المصريين نحو التعامل مع دخولهم. مجلة كلية الآداب ـ جامعة طنطا، ٥: ١٧٦ ـ ٢٥٣.

٤ - عبد المنعم شحاته محمود ١٩٨٩ الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل. مجلة العلوم الاجتماعية. ١٧ (خريف): ١٦١ ـ ١٨١.

٥ - عبدالمنعم شحاته محمود ١٩٩٥ مكونات الاعلام وآثاره من منظور علم النفس. عالم الفكر، ٢٤) (١ ـ ٢): ٢٩١ ـ ٣١٥.

٦ - عبدالمنعم شحاته محمود ١٩٩٦ «الأسس النفسية لعملية التسويق واستهلاك المنتجات» (ص ص ٣٣١ - ٣٦١) فى: طريف شوقى وآخرون: علم النفس ومشكلات الصناعة. القاهرة: مكتبة غريب.

٧ - فؤاد أبو اسماعيل ١٩٨٥ بيئة واستراتيجيات الاعلان. القاهرة: (بدون ناشر).

٨ - مصطفى سويف ١٩٧٥ مقدمة لعلم النفس الاجتماعى، القاهرة: الأنجلو المصرية.

٩ - نعيم أبو جمعة ١٩٨٩ مدخل تسويقى لتقييم وتطوير مستوى خريجى كليات التجارة المصرية مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦ (ربيع): ٢١٧ ـ ٢٤٢.

١٠ - هانى مسيـاك ١٩٨٩ ترشيد عملية اتخاذ قرارات معالجة المنتجات الضعيفة. مجلة العلوم الاجتماعية ١٧ (صيف): ٢٠١ - ٢٢٤.

المراجع الأجنبية

11. **Bagozzi, R,** 1983 holistic methology for modeling consumer response to innovation. Oper. Res . 31: 128 - 176.

12. **Bagozzi, R.** 1984 Aprospective for theory construction in marketing J. Markett., 48 : 11 - 29.

13. **Bettman, J.** 1986 Consumer psychology. Ann. Re. Psychol., 37: 257 - 289.

14. **Biehal, G.** 1983 Consumer's Prior Experience and perceptions in Auto Repair choice. J. Market., 47 : 82 - 91.

15. **Brown, J.** 1969 Tcchniques of Persuasion : from propagunda to brain washing, penguain books.

16. **Bruks, M.** 1985 The effects of product class Knowledge on infor mation search behavoir. J. . Consum. Res., 12 : 1 - 16.

17. **Chiders, T. & Houston, M.** 1984 Conditions for a picture - superiority effect on consumer memory. J. Consum. Res., 11 : 643 - 654.

18. **Edell, J& Burke, M.** 1984 The maderating effect of attitude tcoword an advertising effectiveness under different processing conditions Adv. Consum. Res., 11. 644 - 649.

19. **Isen, A.** 1984 The influence of postive effect on decision making and cognitive organization. Adv. Ctonsum. Res., 11 : 534 - 537.

20. **Jhnson, E. & Russo, J.** 1984 Product familiarity and learning new in for mation J. C. onsum. Res., II: 542 - 550.

21. **Malickson, D. & Nason, J.** 1977 Haw to write the Kind that words, New York ; charles Scribner'S sons.

22. **park, B. & Flink, c.** 1989 A social relations anal-

ysis of agreement in liking Judgments,. J. Pers. Soc. Psychol., 56: 506 - 518.

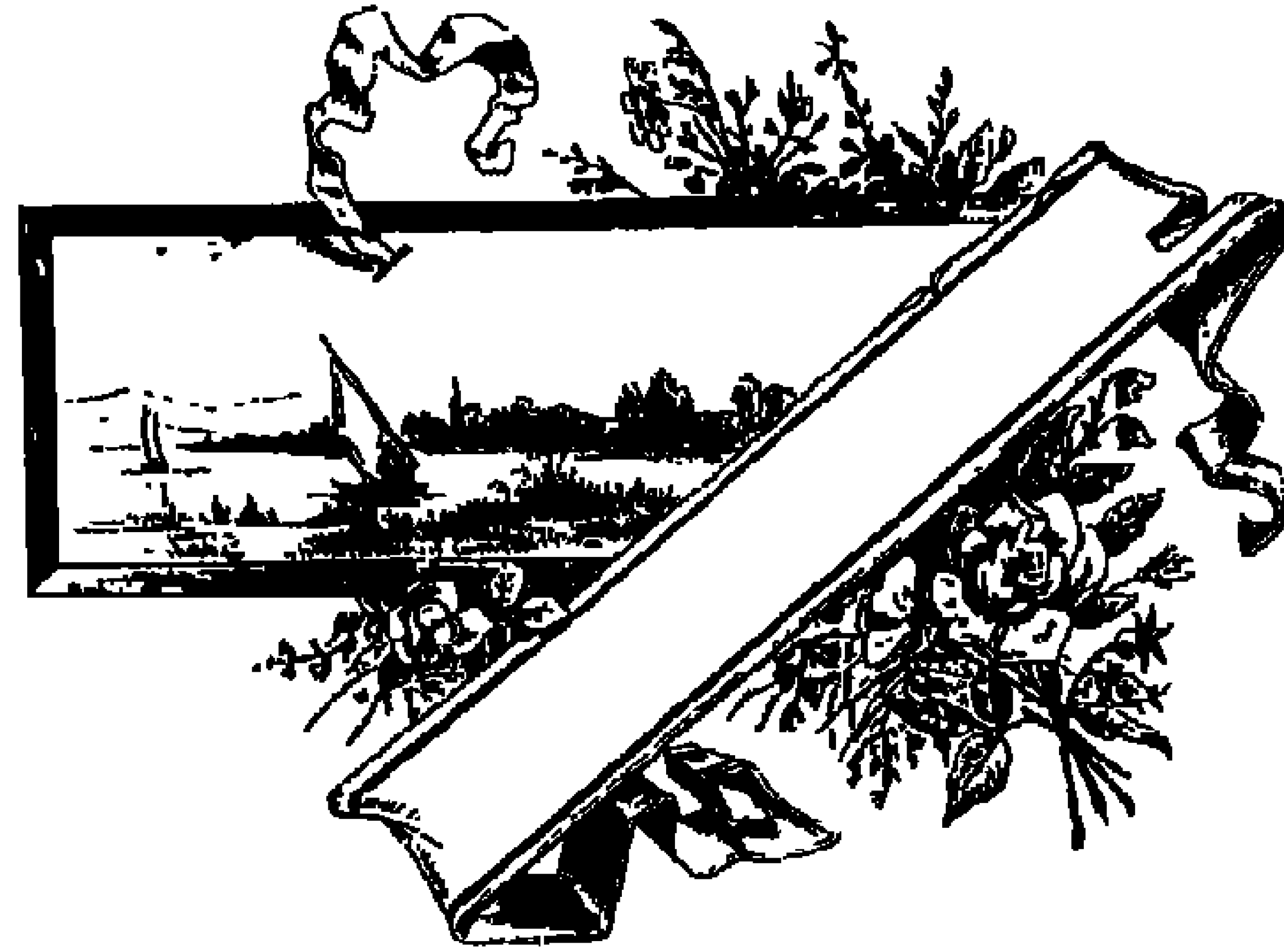
23. **Schultz, D. & schultye, s.** 1990 Psychology and industry to day. New York : Macmillan pub.

24. **Thorson E. & snyder, R.** 1984 Viewer recall of televssion commerccials : Prediction from the propositional structure of Commercial Scripts.

25. **J. Market, Res.,** 21 : 127 - 126.

26. **Venkatesan, M.** 1970 Psychology in consuner marketing. (18: 75 - 84) in: V. Buell & C. Heyel (eds). Handbook of modern marketing : Mcgraw-hill,

27. **Zimmer, M, & Jacoby, J.** 1984 The Selection of a Contraceptive method as a Joint desision of married Couples. APA Div. 23 proc., pp: 25 - 28.





مشاعر الذنب

د. آمال عبد السميع باظة
أستاذ الصحة النفسية المساعد۔
كلية التربية بكفر الشيخ

مقدمة

يشعر الإنسان عادة بضرورة مراجعة نفسه ومحاسبتها عما قامت به من سلوكيات أو عن أحاسيس ومشاعر ومعتقدات، ويصاحب هذه العملة آلام ومعاناة أو رضا وارتياح كل حسب ماسبقه من عمل أو شعور أو بلغة التحليل النفسى مراقبة الأنا العليا لكل من الهو والأنا. ومهما كان الإنسان على قدر من الاتزان الإنفعالى والسوية لابد من ارتكابه بعض الأخطاء أو شعوره بالخطأ واقعى ويرتبط بالإتيان بأخطاء محددة نحو الذات أو الآخرين أو البيئة من حول الفرد. والشعور بالذنب ضرورة تهذيبية كى يقلع الفرد عن أخطائه ولكن لا يصل إلى حد الشعور بالذنب الوهمى الذى يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هى لدى مريض الاكتئاب فهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لمرضى الاكتئاب فهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لمرضى الاكتئاب عن بقية الاضطرابات الأخرى. توجد مشاعر الذنب الوهمية لدى بعض المرضى الذهانيين عن أخطاء لم يرتكبوها.

فقد وجد (دارفيل وآخرون، ١٩٩٢ Darvill et al) ترابط بين الذهانية ومشاعر الذنب. والذهانية فى تلك الدراسة هى بعد من أبعاد الشخصية عند «أيزنك»، وتظهر مشاعر الذنب العالية فى صورة عقابية مرتدة للذات واستخدم (فولدس Foulds) لفظ العقابية الداخلية والخارجية. واعتبر العقابية الداخلية تتضمن لوم الذات والشعور بالذنب على هذا الأساس أعد (فولدس Foulds، ١٩٥٧) مقياس للعدائية و اتجاهها (Hdhq)، ورغم أن مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة للحالات المرضية والاضطرابات النفسية إلا أنها لم تلق الاهتمام الكافى فى الدراسات النفسية حتى الآن وبالتحليل العاملى لاختبار القلق كسمة وجد عامل خاص بمشاعر الذنب (عبد الرقيب البحيرى. ١٩٨٢). ويعتبر الشعور بالذنب ضمن العوامل الأساسية فى اختبار «بيك» "Beck" للاكتئاب واختبار «هاملتون Homelton»، وهما على الترتيب Investory Hamelton Rating Scae For Depression Eeck Depression). كما تظهر مشاعر الذنب فى صورة مرتدة للذات تدميرية كما عبر عنها (ستودت Studt، ١٩٨١) لدى المرضى السيكوسوماتيين وتم تناول مشاعر الذنب كمتغير سالب التأثير على الشخصية مع مجموعة من المتغيرات التى حددها (واطسن Watson، ١٩٨٥) وأطلق عليها المؤثرات الانفعالية السالبة Negative Affective وهى الخوف والشعور بالذنب والعدائية والحزن واعتبر هذه المؤثرات مسئولة عن ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية.

وإذا نظرنا لتلك المؤثرات وجدنا أن دور مشاعر الذنب مضاعفا فهو كعامل منفصل ثم ضمنيا فى العدائية حيث أن العدائية الداخلية حسب اختبار (Hdhq) تشتمل على قسمين لوم الذات، الشعور بالذنب.

ومشاعر الذنب يتم تعلمها فى مرحلة الطفولة من الآباء والأمهات والمشرفين على تربية الطفل وخصوصاً من الأمهات المكتئبات. ويرجع ذلك إلى ارتفاع درجة الشعور بالذنب لديهن كما فى دراسة (زاهن ووكسلر وكارولين Zahn, Waxler Carolyn. ١٩٨٩).

وترتبط مشاعر الذنب بالخجل كما فى دراسة (فيهر وستامبس Fehr & Stamps، ١٩٧٩) وبما أن مشاعر الذنب تعتبر متغير من متغيرات دراسة الشخصية وينظر لها كمؤشر من المؤشرات الدالة على السوية أو المرض. ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمتصل يمثل بثلاث مستويات لمشاعر الذنب وما تؤدى إليه ارتفاعا أو انخفاضا.

ويرى كل من (فريدمان وميورس Freedman & Mauric. ١٩٩١) أن مشاعر الذنب تتكون وتنمو لدى الفرد من علاقته بالآخرين وإدراكه للموقف المثير للذنب أو المشاعر المرتبطة به أو التوحد مع شخص يعانى من الشعور بالذنب.

الشعور بالذنب Guilt Feeling

يعرف (أحمد عزت راجح، ١٩٧٧) الشعور بالذنب أو وخز الضمير هو الألم الذى ينجم عن قيام الفرد بعمل لايرضاه ضمير. وسواء كان هذا العمل خلقيا أو دينيا أو اجتماعيا شعور سوى ذو قيمة تهذيبية للفرد. تثيره مثيرات محددة يعرفها الفرد ويدركها بوضوح كالتورط فى علم غير مشروع أو الاتيان بقول أو فعل خاطئ غير أن هناك شعور بالذنب غير معروف المصدر هائم طليق كالقلق العصابى. وكثيرا مايقترن بالقلق استحقارها الذات أو الاشمئزاز منها. فترى الفرد لايعرف لماذا يشعر بالذنب وينتابه شعور غامض موصول بأنه مذنب آثم حتى إن لم يكن أذنب أو أتى شيئا يستحق عليه العقاب أو يلوم نفسه

ـ مشاعر ذنب منخفضة وتدل على اللامبالاة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين والذات والانفصال عن الواقع.
ـ مشاعر ذنب طبيعية تتضمن الرغبة فى الاصلاح وتؤدى إلى التكيف مع الذات والآخرين.
ـ مشاعر ذنب مرتفعة تصل إلى درجة توهم الخطأ وتضخيمه مثل مرضى الاكتئاب وتؤدى إلى الانسحاب وانخفاض تقدير الذات.

على أمور لا تستحق اللوم ويرى فى أهون أخطائه ذنوبا لاتغتفر.

ويرى (صلاح مخيمر. ١٩٧٩) أن الشعور بالذنب هو قلق تجاه الأنا العليا. والدافع لهذا القلق هو الحاجة إلى البراءة والضمير الخلقى هو المرجح من حيث الشعور بالاثم أو تقدير الذات (البراءة).

وبعد الاطلاع على العديد من تعريفات الشعور بالذنب.

نقدم التعريف الآتى:

الشعور بالذنب هو ألم نفسى داخلى يشعر به الفرد داخليا أى حوار داخلى بين الفرد وذاته بلغة التحليل النفسى بين الأنا والأنا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثام. وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغ فيها لاترتبط بخطئ واضح أو واقعى وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه وكأنها لاتغتفر ويتوهم أن المحيطين به يعلموها جيدا وتؤدى إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحيانا أخرى يقل الشعور بالذنب لدرجة عدم المبالاة وتحمل المسئولية. يرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد أو نحو ذاته وحياته الخاصة.

ولا توجد دراسة عربية واحدة تناولت مشاعر الذنب لدى أى عينة من الأفراد سوى دراسة عن الخجل قام بها (حسين الدريني. ١٩٨١) ووجد ارتباط بين الخجل ومشاعر الذنب واعتبر مشاعر الذنب من صفات الشخص الخجول.

وتناولت الدراسات والبحوث الأجنبية الشعور بالذنب فى ثلاثة اتجاهات:-

أولاً: دراسات تناولت مشاعر الذنب لدى فئات مرضية مثل:

- دراسة (فريدمان وكابلان Freedman & Daplan ١٩٨٢). اللذان قاما بتسجيل مشاعر الذنب لدى الفصاميين والمشاعر المتجهة نحو الآخرين ووجدا أن مشاعر الذنب تقل لدى الفصاميين عنه لدى الأسوياء مع عدم تغير المشاعر نحو الآخرين عنه لدى الأسوياء وهذه الدراسة لم تميز بين فئات مرضى الفصام.

ودراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين Zahen, Waxler & Carolyn ١٩٩١) قاموا بمقارنة مشاعر الذنب لدى (٣٣) مريض عصاب قهرى، (٢٤) يعانون من القلق وتم تحديد مستوى التدين للعينتين. وأظهرت النتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى العصاب القهرى والقلق من حيث مستوى الشعور بالذنب لصالح حالات القلق. ويوجد ترابط بين درجة التدين العالية ومشاعر الذنب لدى مرضى العصاب القهرى. أى أن مرضى العصاب القهرى ذوى درجة التدين العالية هى الفئة التى ظهر فيها مشاعر الذنب بدرجة مرتفعة عن بقية الفئات.

هذه الدراسة أظهرت أن مرضى القلق لديهم مشاعر ذنب مرتفعة.

ودراسة (دارفيل وتوماس وجوهنسون ورونالد ودانك جورج Darvill, Thomas, Johnson, ١٩٩٢ Ronald, C. & Dank George). عن مشاعر الذنب وعلاقتها بكل من العصابية والذهانية والقلق الاجتماعى لدى (٩٦) طالب جامعى. وأظهرت الدراسة ارتباط موجب بين الذهانية ومشاعر الذنب ولا ترتبط العصابية بمشاعر الذنب.

ويلاحظ أن هذه الدراسة تناولت العصابية والذهانية كبعدين على قائمة (أيزنك للشخصية) وليست كحالة مرضية.

ثانياً: دراسات تناولت مشاعر الذنب وعلاقتها ببعض المتغيرات فى الشخصية:

- دراسة (بينتو ومارى وبرست وسيوسان Pinto, Mary, Priest & Susan) عن العلاقة بين مشاعر الذنب لدى السيدات العاملات وكل من الغضب والسعادة تم

تطبيق الإختبارات الخاصة على (٤٦) سيدة عاملة يتراوح العمر الزمنى بين (٢٤ ـ ٤٨ سنة) ووجود ارتباط بين مشاعر الذنب العالية وكل من الغضب وعدم السعادة.

ـ دراسة (بينتو ومارى ووروبيتز دان Pinto, Mary Worobetz & Dan ، ١٩٩٢) عن علاقة مشاعر الذنب بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الأمهات العاملات وغير العاملات (٥٧) أم عاملة ومقارنتهن بأمهات غير عاملات ويتراوح العمر الزمنى بين (٢٨ ـ ٥٩ سنة) أظهرت النتيجة وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات وكل من الضبط الداخلى ومشاعر الذنب. ولم تظهر فروق بين العاملات وغير العاملات فى المتغيرات الثلاثة.

وهذا البحث يوضح انخفاض تقدير الذات لدى مرتفعى مشاعر الذنب.

ـ دراسة (بيبى وجانى وزجلير وأدوارد Bybee, Jane & Zigler Edward. ١٩٩١) عن مشاعر الذنب لدى فئات من الأطفال فى علاقتها بصورة الذات، ووجدا أن مشاعر الذنب تنتج من اضطراب العلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

وهذا يتشابه مع فكرة التحليل النفسى من نشأة مشاعر الذنب كقلق تجاه الأنا العليا من جانب الأنا.

ـ دراسة (واطسن ودافيد كلارك لى Wastson, David, Cark & Lee. ١٩٩٢) عن الوجدانات الإيجابية والسلبية فى الشخصية. والوجدانات هنا هى مجموعة من الانفعالات ذات التأثير السلبى أو الإيجابى وتم تصميم مقاييس للمؤثرات السلبية وهى الخوف، الحزن العدائية والشعور بالذنب وتم ترتيبها حسب وجودها مع كل الاضطرابات النفسية المعروفة.

وقد سبق توضيح أن الشعور بالذنب جزء من العدائية الداخلية (العقابية الداخلية) بتعبير كل من «رزنزويج» و «فولدس» يرتبط الحزن وعم السعادة مع مشاعر الذنب للألم الناتج عن تلك المعاناة النفسية كما فى دراسة (بنتو ومارى وبيرست وسيوسان. ١٩٩١).

ثالثاً: دراسات تناولت الكشف عن مشاعر الذنب وتقديرها:

ـ دراسة (مككسينا وكيسلير Mckenna & Kessler. ١٩٧٧) وهى دراسة مسحية من (١٩٧٣ إلى ١٩٧٧) عن الدراسات التى اهتمت بتناول مشاعر الذنب وقياسها فوجدا (٣٣) داسة منها ٢٧٪ اهتمت بمشاعر الذنب لدى الرجال، (٣٣ ٪) للنساء، (٢٧ ٪) للنسين معا، (١٣ ٪) لم تهتم بأثر الجنس.

ويظهر من هذه الدراسة أن مشاعر الذنب لدى النساء أخذت اهتمام أكثر منها لدى الرجال.

ـ دراسة (سيجانتى وآندريا Seganti & Andrea. ١٩٩١) عن تكوين مشاعر الذنب فى الذاكرة الوجدانية (Affectivenonmery) وافترضا أن الذاكرة الوجدانية للطفل تتكون فى المراحل الأولى من حياته فى علاقته مع الآخرين والظروف البيئية من حوله. وتخفى هذه الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية واعتمدت على أسلوب التخييل للكشف عنها. وأعزت الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة مثل الأخطاء الدينية أو تدنيس الأماكن المقدسة أو ارتكاب أخطاء ذات طابع اجتماعى.

هذه الدراسة بالإضافة إلى دراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين. ١٩٨٩) أكدت على تكوين مشاعر الذنب لدى الأطفال فى المراحل الأولى من حياتهم.

ـ دراسة (فريدمان وميوريس Freedman & Maurice. ١٩٩١) عن مشاعر الذنب غير الظاهرة والموجودة فيما بين الشعور واللاشعور ولكن لاتظهر بصورة واضحة لدى الأفراد. ولكن يشعروا بالألم المصاحب لهذا الشعور ولكى تظهر هذه المشاعر وتصبح ظاهرة تمر بثلاث مراحل:

١ - تحديد العملية المعرفية التى من خلالها تم تكوين مشاعر الذنب.

٢ - يحدد الفرد الحامل للذنب الفرد الآخر المشترك معه فى موقف حدوث الذنب.

٣ - يأخذ الفرد اتجاه نشط إجرائى نحو العالم الخارجى للتخلص من هذا الشعور بناء على ماتم فى الخطوتين ١، ٢.

- دراسة (كيجلير وكارين وجيمس وارين Kugler, Karen, James & Warren ١٩٩٢) عن تحديد مفهوم الشعور بالذنب وتقديره وذلك بعد حصر (١٠٤١) دراسة تم تناول مشاعر الذنب فيها فى ثلاث اتجاهات رئيسية وهى:

١ - اعداد قائمة لقياس مشاعر الذنب فى علاقته بالمعيار الأخلاقى.

٢ - دراسة العلاقة بين مشاعر الذنب والخزى غيرها من الإنفعالات السالبة لكشف المزيد عن الشعور بالذنب كسمة وكانفعال سالب.

٣ - مقارنة مقاييس الشعور بالذنب مع غيرها من مقاييس الشعور بالخزى والمعيار الأخلاقى.

- داسة (بوجى وتيوثى بيرى ناثان ورانس جارى فيشلر Bogy, Timothy, L. Perry Nathan, Rancy & Cary Fischeler ١٩٩١) للكشف عن مشاعر الذنب الكامنة لدى مجموعة من مرتكب الجرائم (٤٠٠ فرد) من مدينة نيويورك. وتم عرض فيلم مسجل لهم عن مواقف لمشاعر الذنب لبعض فئات من مرتكبى الجرائم. وبعد تطبيق اختبار تكملة الجمل سجل ٧٨٪ من الحالات مشاعر ذنب عالية. وبعد فترة سجلوا ٧٣ ٪ منهم مشاعر ذنب عالية أيضا.

اختبار مشاعر الذنب اعداد/ كاتبة المقالة..

- طلبت من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (٥٥٠) طالب (٣٥٠) طالبة بكلية التربية بكفر الشيخ جميع الشعب كتابة وصف لمشاعر الذنب لدى الفرد. وعدم كتابة أسمائهم حتى يترك لهم حرية الوصف والتعبير. وتم تحديد درجة تكرار كل وصف من الأوصاف على هيئة بنود وتم حذف البنود التى لم تلقى تكرارا حتى وصل عدد عبارات الاختبار إلى (٨٥) بندا.

- تم عرض الاختبار فى صورته الأولية على طلاب الدبلوم الخاص السنة الثانية بعد شرح معنى الشعور بالذنب لهم وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اختيار منهم بدرجة كافية، ووصل عدد البنود إلى (٧٣) بندا. والبنود مصاغة بأسلوب التقرير الذات.

- تم عرض الاختبار على الزملاء والزميلات بقسم علم النفس من أعضاء هيئة التدريس لاعطاء آرائهم حول صياغة العبارات واختيار أفضلها قياسا لمشاعر الذنب وتم حذف بعض العبارات أو استبدالها ووصل عدد البنود إلى (٧) بندا.

وتم وضع أربع مستويات للإجابة على الاختبارات (أبدا - أحيانا - بدرجة متوسطة - دائما) وتقابلها درجات (صفر، ١، ٢، ٣).

- تم عرض الاختبار على (٣ أساتذة صحة نفسية). وتم الاتفاق على أغلبية البنود وتم تعديل بعض الصياغة فى البنود حذف بعض البنود حتى وصل إلى ٦٤ بندا.

- تم تطبيق الاختبار على (١٠٠) طالب، (١٠٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ومتوسط درجات الذكور (٧٥،٤) والانحراف المعيارى (٢٣,١) والاناث (٨٥،٣) وانحراف معيارى (٢٤,٤). وتم استخراج الدرجات المعيارية المعدلة المقابلة للدرجة الخام لدى عينة الطلاب والطالبات.

- وتم حساب ثبات الاختبار بإعادة تطبيقه على عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالباً، (٣٠) طالبة بفاصل زمنى شهر ووصل معامل الثبات إلى (٠،٧٥)، (٠،٦٩) لدى عينة البنات والبنين على الترتيب.

ـ تم حساب صدق الاختبار بطريقتين:

١ ـ بتطبيق الاختبار على مجموعة من مرضى الاكتئاب (٣١) حالة، (١٩) إناث، (١٢) ذكور من مستشفى الصحة النفسية بطنطا من العيادة الخارجية. وحصلوا على درجات عالية مقارنة متوسط درجات طلاب وطالبات الكلية فى العينة السابقة فبلغ متوسط درجات مجموعة مرضى الإكتئاب من الذكور (١٢٨ر٤) ومتوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الجنسين. وهذا يدلل على صدق الاختبار حيث أن مرضى الاكتئاب أعلى شعورا بالذنب من أى مجموعة مرضية أخرى مثل داسة (فهنيز وآخرون. ١٩٧٢) و (جرينكو وآخرون. ١٩٦٢) ودراسة (بلومبرج وازارد Blumberg & Izard ١٩٨٦) وأيضا فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية Dsm, III تظهر مشاعر الذنب لدى الاكتئابيين بصورة حادة.

ـ تم حساب الصدق التمييزى للاختبار بايجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات كما هو موضح بالجدول التالى رقم (١) لدى طلاب وطالبات السنة الأولى كلية التربية بكفر الشيخ.

ـ يقيس اختبار مشاعر الذنب الشعور بالذنب لدى الفرد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره على العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وآثاره أيضا على دافعيته للعمل وأمله فى الحياة. ويتضمن وصفا للآثار النفسية والألم الناجم عن الشعور بالخطأ. وقد تصل مشاعر الذنب إلى درجة وهمية لاترتبط بخطأ واقعى حقيقى ارتكبه الفرد. ويشمل أيضا مشاعر الذنب حول التقصير فى العبادات والنواحى الدينية والخوف من العقاب فى الآخرة ورغبة الفرد فى التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.
والنواحى الدينية والخوف من العقاب فى الآخرة ورغبة الفرد فى التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.

جدول رقم (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات على اختبار مشاعر الذنب

العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة «ت»	دلالتها
الأعلى ٢٧٪ بنين	٩٢	١٣ر٢	٨ر٢	دالة عند مستوى
الأقل ٢٧٪	٥١	١١ر١٠		٠٠٥ر٠
الأعلى ٢٧٪ بنات	١١٦	١٥ر٨	٩ر٢	دالة عند مستوى
الأقل ٢٧٪	٥٩ر٧	١٢ر١٠		٠٠٥ر٠

والفرق بين المجموعتين من كلا الجنسين دال كما هو موضح بالجدول (١)

ـ تم وضع مفتاح لتصحيح الاختبار ومستويات للدرجات الخام مايقابلها من درجات معيارية معدلة، كما هو موضح بالجدول التالى (٢) *

جدول رقم (٢)

الدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة لكلا الجنسين

الدرجات	منخفض جداً	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
الدرجة الخام	صفر ـ ٦٣	٦٤ ـ ١٢٧	١٢٨ ـ ١٥٩	١٦٠ ـ ١٩٢
الدرجة المعيارية المعدلة للاناث	صفر ـ ٢ر٤١	٦ر٤١ ـ ٨ر٦٦	٢ر٦٧ ـ ٦ر٧٩	٨٠ ـ ٨ر٩٢
الدرجة المعيارية المعدلة للذكور	صفر ـ ٢ر٤٥	٦ر٤٥ ـ ٨ر٧٠	٢ر٧١ ـ ٦ر٨٣	٨٤ ـ ٨ر٩٦

* الاختبار منشور فى مكتبة الأنجلو المصرية..

المراجع العربية

١ - أحمد عزت راجح (١٩٧٧) : أصول علم النفس - دار المعارف - القاهرة.

٢ - أحمد عكاشه (١٩٩٢) : الطب النفسي المعاصر، الأنجلو المصرية - القاهرة.

٣ - حسين عبدالعزيز الدريني (١٩٨١) : مقياس الخجل (كراسة التعليمات) دار الفكر العربي - القاهرة.

٤ - صلاح مخيمر (١٩٧٩) : المدخل إلى الصحة النفسية - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة.

٥ - عبد الرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٢) : اختبار القلق حالة وسمة (كراسة التعليمات) دار المعارف - القاهرة.

المراجع الأجنبية

6 - **Ann Frodi & Jacqueline (1977)**: Are Women always less agressive than men? Are View Of The Experimental Leterature. Psychological Bulletin, (Vol) 84, No (4) 634 - 660.

7 - **Boozy, Timothy, L. Perry, Narry, Nathan W. Rancy, Gary Fischler (1991)**: Detection Of Quality Knowledge With Event - Related Potentials. Journal of Applied Psychology (Des), Vol ,76 (6), 788 - 795.

8 - **Blmberg, S.H. &Izard. C. E. (1986)**: Discriminating Patterns Of Emotions in 10 & 11 Years Old Children's anxiety and depression. Journal of Personality and Social Psychology 51 - 852 - 857.

9 - **Bybee, Jane, A. & Zigler, Edward (1991)**: Self image and Guilt Afurther Test Of The Cognitive Developmental Formulation. Journal Of Personality, (Dec), Vol 58, (4), 733 - 745.

10 - **Darvil, Thomas, J. Jonson, Ronald, C & Danko George. P. (1992)**: Personality Correlaates Of Public ansd Private Self Consciousness. Personality & Individual Didfferences (May). Vol 13 (3) 381 - 384.

11 - **Fehr, L & Stamps, L. (1979)** Guilt and Shyness: Aprofile Of Docial Discomfort. Journal Of Personality Assessment. 43, 418 - 484.

12 - **Feighner J. Robins, E, Guzem S.B., Woodruff, R.A. Winokur, G & Munoz R (1972)**: Diagnostic Criteria For Use In Psychiatric.

13 - **Foulds, G.A, Caine.** I.M. and Hope, **K. (1957)**: Manual Of Hostility and direction Of Hostility Questionnaire, London Press.

14 - **Freedman, D. & Kaplane, M.P. (1982)**: Comrehensive Text Book Of Psychiatry, M.S.A. William & Comprehensivee Text Book Of Psychiatry, M.S.A. William & Wilkins Company Baltimore.

15 - **Freedman, Maurice (1991)**: Refkections on hidden exisstential Guilt, Humanistic Psychological (Feb), Vol 4 (3) 277 - 281.

16 - **Grinker, Karen & R.R. Miller, J. Sabshin, M. Nunn, .R. & Nunally, J. C. (1961)**: The Phenomena Of Depression. New York. Hoeler.

17 - **Kugler, Karen & Jomes, Earaen** H. (1992): On Conceptualizing And assessing Guilt. Journal Of Personality (Feb). Vol 62 (1) 318 - 327.

18 - Maccoby, E.,-E. & Jackin C. N. (1974): The Psychology Of Sex Differences Starford Califatanford. U. Press. New York. P,

19 - **Pinto, Mary B. & Priest, Susan (1991)**: Guit Appeals Adivertising An Exploratory Study. Psychological Reports (Oct), Vol, 69 (2) 375 - 385.

20 - **Pointo, Mary B Worobetz , N. Dan (1992)**: Note on guilt appeals i advertising: Colarite effects of self and locus of control. Psychological Reports. (Feb) vol 10 No 1, 19-22.

21- **Seganti, Andrea (1991)**: The formation of guilt fellings in the effective memory. Dissertation abestracts vol (79). (B) 1104.

22 - **Studt, H.H. (1981)**: Somatic illness as expression of partial self destsructive tendencies. Disseration abestracts, Vol (65) (B) 1104.

23- **Watson, David &Clark, Lee A. (1992)**: Affects separable antinseparable on the hierarchicol arrangement of negative aggects. Journal of Personality & Socil Psychology (mar). (3) 489-505.

24- **Zahan, Waxler & Carloyn (1989)**: Patterns of Guilt in childern of well depressed mothers. Journal of Society for research in child development April. 27-30.

25- **Zahn, Waxler & Carolyn (1991)**: Religion and guilt in OCD patients Jounal of Anxiety Disorders, vol. 5 (4) 359-361.



مظاهر الاغتـــراب لدى طلاب الجامعة فى صعيد مصر دراسة مقارنة

د. مديحة أحمد عبادة
مدرس علم الاجتماع المساعد
كلية الآداب بسوهاج

د. ماجدة خميس على
مدرس علم النفس
كلية الآداب بسوهاج

د. محمد خضر عبد المختار
مدرس علم النفس
كلية الآداب بسوهاج

مقدمة

إن العصر الذى نعيش فيه أصبح يموج بالعديد من المتناقضات، فالتنافس والصراع على المادة أطمس معانى الإنسانية بما فيها من أحاسيس، وتأثرت القيم بتشوه ملحوظ فى الشارع المصرى، ليس هذا فقط بل التغير السريع والمفاجئ فى رتم الحياة وخاصة فى الجوانب التكنولوجية، هذا مما أدى إلى إصابة بعض الأفراد بالعجز واللامبالاة، نتيجة لعدم توافق الإنسان مع هذه المتغيرات السريعة، ويتردد مصطلح الاغتراب لوصف ذلك بشعور الغربة والعزلة والعجز واللامبالاة واليأس.

والحقيقة أن ظاهرة الإحساس بالاغتراب ليست وليدة هذا العصر بل هى قديمة قدم الوجود الإنسانى ولكن سادت هذه الظاهرة لتخرج من نطاق الحالات الفردية لتصبح إحدى السمات المميزة للعصر الحالى مع اختلاف المجتمعات، فالتعدى والقتل والاغتصاب وإدمان المخدرات ما هى إلا مؤشرات لما يعانيه البعض من إحساس بالاغتراب مما أدى إلى محو قيمهم الإنسانية والروحية، فكلما تعقدت الحياة فقد الإنسان الانتماء. (عفاف عبد المنعم ١٩٨٨، ٢*)

* تشير العلامة إلى (اسم المؤلف - سنة النشر - رقم الصفحة)

ومما لاشك فيه أن هذا العصر بل يزخر بالعديد من المتناقضات، بل هو عصر يموج بعديد من التغيرات المتلاحقة، فلا يكاد عصرنا ينتهي من موجة من التغير حتى تلاحقه موجة أخرى، ولما كان هذا التغير لا يقابله تغير آخر مواز من قبل الإنسان فقد أدى ذلك إلى إصابته بالعجز والاغتراب مما أدى بالبعض إلى عدم ملاحقتهم أيضا لهذه التغيرات التي تحدث في هذا العصر والتي أدت إلى إحداث هوة بل فجوة ثقافية، أقعدت الإنسان عن موجهة هذه التغيرات الطارئة، وإزاء عجز الإنسان عن مواجهة هذه التغيرات المتصارعة، وتخلف هذا النسق القيمي أيضا، أدت كل هذه العناصر مجتمعة إلى جعل الإنسان صريع العزلة وإصابته بالعجز واللامعنى واللا تأملية، واللاانتماء (تحية محمد عبد العال، ١٩٨٩، ٣).

وعلى الرغم من شيوع مفهوم الاغتراب Alienation في الحياة المعاصرة، إلا أن هذا المفهوم يعتبر غامضا ومتنوع المعاني، فهو يحمل أكثر من معنى؛ كما أن المفهوم لايبدو واضحا في أغلبية المراجع، ولكن المفهوم بدأ يظهر في الأعمال الكلاسيكية في آخر القرن ١٩ وأوائل القرن العشرين على يد كل من (ماركس - دور كايم - وبر - تونى)، كما يرجع الفضل إلى مؤسس هذا المفهوم إلى هيجل «أبو الاغتراب» (New Encyclopoedis, Britannica, p. 564).

فالاغتراب مفهوم فلسفي داخل محراب علم النفس وخاصة في مجال القياس السيكولوجي، إلا أن مفهوم الاغتراب قد أسهمت فيه العلوم المختلفة كالفلسفة، والاجتماع، وعلم النفس والسياسة والاقتصاد، الا أنه تتعدد فيه وجهات النظر المختلفة نظرا لتعدد أشكاله وكذلك مظاهره وأبعاده المختلفة كما تتعدد استخداماته، وإن دل ذلك إنما يدل على ثراء محتوى المفهوم باعتباره ظاهرة تمس مختلف العلوم (محمد خضر ١٩٩٥، ١٩).

ويرجع الفضل إلى المحاولات الأولى على يد كل من ديفيدز Davids (١٩٥٥) - جوين نتلر Nettler (١٩٥٧) - ملفن سيمان Seman M. (١٩٥٩) - جوهان كلارك Clark G. (١٩٥٩) في نقل المصطلح من مفهومه الفلسفي إلى المفهوم النفسي وكذلك الاجتماعي.

تحديد المشكلة :

يمكن تحديد مشكلة البحث في النقاط الآتية :

أ - تعارض نتائج الدراسات السابقة، فقد توصلت نتائج تحية محمد أحمد (١٩٨٩) إلا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في الاغتراب. في حين توصلت نتائج دراسة محمد عاطف زعتر (١٩٨٩) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس الاغتراب لصالح الإناث.

في حين توصل أحمد خيرى حافظ (١٩٨٠) إلى أن الإناث أكثر إحساسا بالاغتراب من الذكور وأيضا توصلت نتائج عفاف عبد المنعم (١٩٨٨) إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الشعور بالاغتراب بين الذكور والإناث وكذلك توصل سيد عبد العال (١٩٩١) إلى أنه توجد فروق دالة بين طلبة وطالبات الجامعة في الشعور بالاغتراب على مختلف المقاييس الفرعية والمقياس الكلى للاغتراب المستخدم في البحث.

ب - أجريت الدراسات السابقة باستخدام أدوات تختلف كل منهما عن الأخرى في قياس الاغتراب فقد استخدمه أحمد خيرى على أن الاغتراب له شقان أحدهما إيجابي والآخر سلبي، كذلك اعتمد محمد إبراهيم عيد (١٩٨٧) على تحليل ظاهرة الاغتراب إلى عدد من العوامل (العزلة الاجتماعية - التشيؤ - اللامعيارية - العجز - اللامعنى - التمرد، والملاحظ أن تحية أحمد (١٩٨٩) استخدمت مقياس محمد إبراهيم عيد، وأيضا محمد عاطف زعتر (١٩٨٩) استخدم مقياس أحمد خيرى حافظ (١٩٨٠) وكل منهما تناول الاغتراب من وجهة نظر معينة.

ومن هذا المنطلق تحدد مشكلة البحث الحالى من هاتين النقطتين السابقتين فى التساؤلات الآتية:

١ ـ هل توجد فروق دالةإحصائيا بين الذكور والإناث على مظاهر الاغتراب.

٢ ـ هل توجد فروق دالة إحصائيا على مظاهر الاغتراب لدى عينة الدراسة الكلية؟

٣ ـ هل توجد علاقة بين الشعور بالعجز وكل من العزلة الاجتماعية واليأس ـ القلق من الأحداث ـ القيم الأخلاق والاهتمامات لدى عينتى الدراسة (ذكور إناث).

أهمية البحث :

١ ـ تتبلور الاتجاهات الفكرية فى كل عصر حول قضية أساسية تعد بحق الطابع المميز لهذا العصر، وفى عصرنا هذا اصبحت قضية الاغتراب التى تعبر عن أزمة الإنسان المعاصر هى مشكلة ازدادت حدة مع تعقد الحياة الاجتماعية والاقتصادية، الأمر الذى يسمح لنا أن نصف هذه المرحلة التاريخية بأنها عصر وعى الإنسان باغترابه، فظروف العصر قد اجتمعت لتجعل من مشكلة الاغتراب هذه من أهم المشكلات التى يواجهها الإنسان اليوم (محمد عاطف، ١٩٨٩، ١).

٢ ـ تتناول معظم الدراسات السابقة الطلاب باعتبار أن هذه الفئة تمثل السواد الأعظم من المجتمع وكذلك طلاب الجامعة هم أكثر الفئات شعورا بالمسئولية والوعى بقضايا المجتمع، لذلك اتجهت معظم الدراسات لدراسة هذه الفئة العمرية وكذلك الفئة ذات الثقافة الواعية بقضايا المجتمع، والجدير بالذكر أن الطلاب بالصعيد يحتاجون للعديد من الدراسات وكذلك بالاهتمام والرعاية نظرا لانتشار ظواهر العنف والإرهاب وانتشار الأفكار اللاعقلانية. لذلك تعد أهمية الدراسة فى تناول ظاهرة الاغتراب لدى طلاب الجامعة فى صعيد مصر.

٣ ـ تنبثق أهمية البحث من خلال التعارض الملحوظ فى نتائج الدراسات السابقة، فقد توصلت كل من تحية محمد أحمد (١٩٨٩) وكذلك عفاف عبد المنعم (١٩٨٨) إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور ـ الإناث على مشاعر الاغتراب فى حين توصل محمد عاطف زعتر (١٩٨٩) وسيد عبد العال (١٩٩١) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور ـ الإناث على الاغتراب وعلى العكس تماما توصل أحمد خيرى (١٩٨٠) إلى أن الإناث أكثر شعورا بالاغتراب من الذكور، ومن خلال هذا التناقض الملحوظ كانت أهمية الدراسة فى محاولة الكشف عن هذا التناقض.

٤ ـ تعددت الأدوات المستخدمة فى الدراسات السابقة بتعدد الباحثين الذين تناولوا مفهوم الاغتراب فقد تناوله أحمد خيرى (١٩٨٠) على أن الاغتراب إما أن يكون سلبيا أو ايجابيا وأيضا منهم من سلك منهج سيمان (١٩٥٩) فى إعداد مقياسه الذى يتكون من خمسة أبعاد أساسية تكمن فى (العزلة الاجتماعية ـ اللامعيارية ـ اللامعنى ـ غربة الذات ـ العجز) وقد سلك ذلك محمد إبراهيم عيد وآخرون فى إعداد أدواتهم لقياس الاغتراب. لذلك يهتم البحث الحالى باقتباس العديد من الفقرات المختلفة والمتنوعة من المقاييس السابقة حتى يتسم بثراء محتوى المقياس.

الدراسات السابقة :

تعتبر الدراسات السابقة مؤشرا جيدا لتوجيه الباحث فى صياغة فروضه، وتحديد موقع دراسته من الدراسات السابقة، لذا تكمن أهمية عرض الدراسات فى أن يبدأ الباحث من حيث انتهت اليه النتائج السابقة أو ربما يبدأ الباحث عندما يجد تعارضا ملحوظا فى النتائج وهذا هو الهدف المنوط بهذه الدراسات.

١ - دراسة جودوين GODWIN (١٩٧٢) الاغتراب لدى طلاب الجامعة: تحليل مقارن. تكشف الدراسة عن علاقة الاغتراب بالمتغيرات الأساسية الآتية (العمر - المستوى التعليمى - الحالة الاجتماعية - الديانة - الطموح - المستوى الاقتصادى - الجنس «ذكور / إناث»). وقد بلغت عينة الدراسة ٢٢٦ من طلاب الجامعة التى تقع فى أقصى الجنوب والأخرى يبلغ عددها ٢٢٦ التى تقع فى الوسط. استخدم استبيانا يتكون من (٧٤) فقرة لقياس الاغتراب وانتهت نتائج الدراسة إلى أن الذكور أكثر اغترابا من الإناث بصفة عامة للعينة، وأن الطلاب الأصغر سنا أعلى اغترابا من كبار السن، ولن توجد علقة بين الدين والاغتراب فى مجموعات المسيحيين والكاثوليك والبروتستنت ومجموعة اليهود. (Goodwin, G. A; 1972, 237).

٢ - دراسة آلن Allen (١٩٧٥) بعنوان السلالة، الجنس، المستوى الدراسى ومدى ضرر الشعور بالاغتراب لدى المراهقين. تم اختيار ٥١٢ طالبا من بين ١٤٨٢ بطريقة عشوائية وتم توزيع الطلاب على ١٦ مجموعة تشمل (الجنس / السلالة / المستوى الدراسى) واستخدم مقياس آلن Allen لاغتراب المراهقين، Allen Adolescent alienation in-ventory وانتهت نتائج الدراسة إلى أن متوسط درجات الضرر ودرجات الاغتراب أكثر ارتفاعا للسود عن البيض وأن درجة الشعور بالاغتراب أعلى بالنسبة للإناث السود من حيث الجنس والسلالة. كما اتضح أن متوسط درجات الاغتراب بالنسبة للذكور والبيض أعلى منه لدى الإناث البيض ويتضح أن الطلبة السود من الجنسين أكثر اغترابا من البيض من الجنسين. (Allen W,1975,P.5107).

٣- دراسة جيوتراس Jutras (١٩٨١) بعنوان اغتراب المراهق وموضع التحكم - إلى أن الشعور بالاغتراب ينتشر بين المراهقين بصفة عامة، كما أن الإناث أكثر اغترابا من الذكور فى كافة المؤسسات (الأسرة/ المدرسة/ العلاقات الشخصية)، كما أن الإناث اغترابا من الذكور على بعدى (اللامعيارية/ الاغتراب الثقافى) خلصت هذه النتائج من خلال عينة قوامها ١١٠٢ طالبا من مدارس حكومية عامة عالية المستوى واستخدام مقياس الاغتراب الذى يتكون من أربعة أبعاد (اللامعنى/ اللامعيارية/ العجز/ الاغتراب الثقافى) (Jutras, W,1982,P.1404).

٤- دراسة أحمد خيرى حافظ (١٩٨٠) بعنوان سيكولوجية الاغتراب، أجرى الباحث دراسته على عينة قوامها ٥٢٠ من الطلاب الموزعين على أربع كليات واستخدم مقياس الاغتراب من إعداده وانتهت النتائج إلى أن الإناث أكثر إحساسا بالاغتراب من الذكور، هذا من ضمن قائمة النتائج التى توصل اليها الباحث آنذاك (أحمد خيرى حافظ، ١٩٨١).

٥- دراسة محمد ابراهيم عيد (١٩٨٣) أجريت الدراسة على مجموعتين من الذكور والإناث. وتبلغ كل مجموعة منهما ١٠٠ طالب واستخدم مقياس الاغتراب (ع.ش) من إعداده وانتهت بعض النتائج إلى أن للجنس أثر دالا فى ابعاد اللامعنى عند ٠,٠١ اللاهدف ٠,٠١ والدرجة الكلية ٠,٠٥ وكانت النتائج لصالح الإناث فى اللامعنى وهذا يعنى أن الإناث أكثر إحساسا باللامعنى من الذكور وكذلك اللاهدف وكذلك الدرجة الكلية للاغتراب (محمد إبراهيم عيد، ١٩٨٣).

٦- دراسة أحمد خضر أبو طواحينه (١٩٨٧) اقتصرت الدراسة على مقياس الاغتراب من إعداد الباحث تكونت عينه الدراسة من ٢٠٠ طالب وطالبة وانتهت بعض النتائج إلى أن لمتغير الجنس علاقة دالة فى الشعور بالاغتراب على بعض لأبعاد وهى اللامعيارية. الاغتراب عن الذات - الاغتراب عن الذات - الاغتراب الحضارى والتمرد حيث كانت الفروق بين الذكور والإناث بمختلف نتائجهم دالة

على تلك الأبعاد فى اتجاه الذكور، أى أن الذكور أكثر شعورا باللامعيارية - الاغتراب الحضارى - التمرد عند الإناث (أحمد خضر أبو طواحينه، ١٩٨٧).

٧- **دراسة عفاف عبد المنعم (١٩٨٨)** أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٨٠) طالبا بواقع (١٩٠) ذكرا، (١٩٠) أنثى تم اختيارهم بطريقة عشوائية من كليات جامعة الاسكندرية واستخدم مقياس الاحساس بالاغتراب من إعداد الباحثة وانتهت بعض النتائج إلى أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث فى الشعور بالاغتراب والمتغيرات النفسية (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٨).

٨- **دراسة محمد عاطف زعتر (١٩٨٩)** أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٣٦) طالباً وطالبة من طلاب جامعة الزقازيق واستخدم مقياس الاغتراب من إعداد أحمد خيرى حافظ وانتهت بعض النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين الذكور والإناث فى الدرجة الكلية للاغتراب لصالح الإناث (محمد عاطف زعتر، ١٩٨٩).

٩- **دراسة تحية أحمد عبد العال (١٩٨٩)** أجريت الدراسة على عينة قوامها (١٦٠) من الذكور والإناث من خريجى الجامعة واستخدمت مقياس (ع-ش) من إعداد محمد إبراهيم عيد وانتهت بعض النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث من الاغتراب لصالح الذكور (تحية أحمد عبد العال، ١٩٨٩)

١٠- **دراسة سيد محمد عبد العال (١٩٩١)** أجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٠٠) مفردة من الطلاب (١٠٠ ذكور، ١٠٠ إناث) واستخدم مقياس الاغتراب من إعداده وانتهت النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين طلبة وطالبات الجامعة فى الشعور بالاغتراب على مختلف المقاييس الفرعية للاغتراب (سيد عبد العال، ١٩٩١).

١١- **دراسة رجاء عبد الرحمن الخطيب (١٩٩١)** تكونت العينة من (٢٤٠) طالباً وطالبة منهم (١٢٠ طالباً، ١٢٠ طالبة) استخدم قياس (ع-ش) من إعداد (محمد إبراهيم عيد) وانتهت بعض النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين (ذكور/إناث) وكانت الفروق لصالح الذكور فيما عدا متغير العزلة والعجز، فلم نجد فروقا بين الجنسين ووجود فروق ذات دلالة احصائية بين المستويين وكانت لصالح الأعلى اغترابا (رجاء عبد الرحمن، ١٩٩١).

١٢- **دراسة رأفت عبد الباسط (١٩٩٣)** بلغ قوام عينة الدراسة (٣٢٨) طالبا وطالبة وتم استخدم مقياس أحمد خيرى حافظ (١٩٨١) وانتهت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث لصالح الإناث على المتغيرات (فقدان المعنى - اللامبالاه - الانعزال الاجتماعى - القلق) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث على المتغيرات (مركزية الذات - عدم الانتماء - العدوانية - السخط - الدرجة الكلية للاغتراب) (رأفت عبد الباسط، ١٩٩٣).

١٣- **دراسة بركات حمزة (١٩٩٣)** اختير (٦٣٢) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة، وتم تطبيق مقياس الاغتراب من اعداد الباحث وانتهت بعض النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث على مقياس الاغتراب الشعور بالعجز - انعدام المعنى - انعدام المعايير - العزلة الاجتماعية - الغربة عن الذات) (بركات حمزة، ١٩٩٣).

تعليق عام على الدراسات السابقة:

١- يلاحظ أن كل دراسة تناولها الباحث من وجهة نظر معينة لدراسة الاغتراب فقد تناول أحمد خيرى (١٩٨١) الاغتراب الايجابى الذى يتمثل فى (عدم الانتماء - العدوانية - القلق - السخط) والاغتراب السلبى (فقدان المعنى مركزية الذات - اللامبالاه) وقد تناول

العديد من الباحثين هذا المقياس (رأفت عبد الباسط - محمد رشاد) وكذلك تناول (محمد ابراهيم عيد) الاغتراب من خلال الأبعاد الآتية (العزلة الاجتماعية - التشيؤ - اللامعيارية - العجز - اللامعنى - التمرد) وقد استخدم العديد من الباحثين هذا المقياس (تحية محمد عبد العال - رجاء عبد الرحمن).

٢- تكشف الدراسات عن اتساق النتائج أو تناقضها أحيانا فنجد أن هناك دراسات أكدت أن الذكور أكثر شعورا بالاغتراب وانتهت بعض النتائج إلى أن الإناث أكثر شعورا بالاغتراب فى حين انتهت نتائج بعض الدراسات أنه لاتوجد فروق دالة بين الذكور والإناث بالنسبة للشعور بالاغتراب هذا لا يعنى اتفاقا على النتائج مما يفسد ويقلل من شأن الدراسات ولكن ربما يرجع هذا التناقض إلى اختلاف الأدوات المستخدمة فى كل دراسة وكذلك الإطار والحيز الزمنى وكذلك العينة التى أجريت عليها الدراسة.

مفهوم الاغتراب:

يعتبر مفهوم الاغتراب مفهوما مطاطا نظرا لتعدد أشكاله واستخداماته فى العديد من العلوم (النفسية - السياسية - الاجتماعية - الدينية - الفلسفية - الاقتصادية)، وعلى الرغم من شيوع المفهوم الا أنه مازال تكتنفه العديد من الملابسات، ويحاول أن يقدم تعريفا لمفهوم الاغتراب فيما يلى:

١- إن الأصل اللاتينى لكلمة اغتراب هو Alienatio ويستمد هذا الاسم معناه من فعل Alienare بمعنى تحويل شئ ما لملكية شخص آخر أو الانتزاع أو الإزالة وهذا الفعل مستمد بدوره من فعل آخر هو Alienus أى ينتمى إلى شخص آخر أو يتعلق به، وهذا الفعل الأخير مستمد بصفة نهائية من لفظ Alius الذى يعنى الآخر سواء كاسم أو كصفة، والاغتراب بمعنى نقل الملكية ويرتب أحد الاستخدمات اللاتينية الأساسية بلفظى Alienatio و Alienare بما يتعلق بالملكية. وأيضا الاغتراب بمعنى الاضطراب العقلى ففى اللغة اللاتينية يمكن استخدام مصطلح Alienats Mentis أو بصورة أكثر بساطة عن Alienato وذلك فيما يتعلق بحالة فقدان الوعى أو شلل أو قصور القوى العقلية (شاخت، ١٩٨٠، ٦٤).

٢- وقد ناقش «محمود رجب» فى كتابه «سيرة مصطلح» أن مفهوم الاغتراب مر بثلاث مراحل هامة:

أ- مرحلة ما قبل هيجل: يحمل مفهوم الاغتراب معانى مختلفة تكمن فى السياق القانونى (انفصال - تشيؤ) (تحول الملكية من فرد إلى آخر) وسياق نفسى اجتماعى بمعنى انفصال الإنسان عن ذاته ومخالفته لما هو سائد فى المجتمع - والسياق الدينى (انفصال الانسان عن الله).

ب- مرحلة هيجل: الذى اهتم فى معظم مؤلفاته بمصطلح الاغتراب حتى أطلق عليه «أبو الاغتراب» حيث تحول الاغتراب على يديه إلى مصطلح فنى.

جـ- مرحلة ما بعد هيجل: بدأت تظهر الإجابة للمصطلح كما أخذ المصطلح ينسلخ من بعدية (السلبى - الإيجابى) وأصبح يقصد به معنى السلب ومن أبرز المفكرين من الفلاسفة الذى عبروا عن ذلك «كارل ماركس» ثم الوجودية حيث ترتبط الحرية بالاغتراب - أما عن نقاد المجتمع أمثال (ماركيوز - فروم - ملز - نسبت) وهم أصحاب نزعة إنسانية اشتراكية متعددة الأصول والمصادر (محمود رجب، ١٩٩٨، ٩-٢٠).

٣- أما الكلمة الألمانية Entrfemdung فقد بدأ استخدامها منذ العصور الوسطى، وقد امتسبت تقريبا نفس المعانى التى استخدمت بها الكلمة الانجليزية Alienation، ولكنها لم تتبلور كمصطلح فلسفى محدد إلا على يد

هيجل فى كتابه ظاهريات العقل الكلى (شاخت، ١٩٨٠)، أما الكلمة العربية (غربة) فقد استخدمت فى سياقين أساسيين دينى من ناحية ونفسى اجتماعى من ناحية أخرى، فالسياق الدينى انفصال الإنسان عن الله وأن كلمة اغتراب أو غربة تعنى كما تقول معاجم اللغة العربية، النزوع عن الوطن، أو البعد والنوى أو الانفصال عن الآخرين وهو معنى اجتماعى بلا جدال (محمود رجب، ١٩٨٠، ٤١).

٤- تعتبر محاولات كل من ديفيذر Davids (١٩٥٥) نتلر Nettler (١٩٥٧) كلارك Clark (١٩٥٩) سيمان Seman (١٩٥٩) دين Dean (١٩٦١) من أشهر المحاولات لتحليل مفهوم الاغتراب حيث نقل مفهوم الاغتراب من المفاهيم (الماركسية - الهيجلية - الدور كايمية) إلى أبعاد يمكن من خلالها ترجمة المفهوم إلى أبعاد مختلفة، ولعل أشهر هذه المحاولات الأبعاد التى تناولها ملفن سيمان Seman, M (١٩٥٩) الذى حدد الاغتراب فى خمسة أبعاد استخدمها العديد من الباحثين واعتقد أن هذه الأبعاد والمظاهر ما هى إلا لب الاغتراب ويمكن عرض هذه الأبعاد فيما يلى:

أ - العجز Power Lessness.

ب- اللامعنى Meaning Lessness.

جـ- اللامعيارية Norm Lessness.

د - العزلة Isolation.

هـ- الاغتراب عن الذات Self- Estrangement.

(Seeman, M, 1959).

فالشعور بالعجز يعنى شعور المرء بأنه لا يستطيع أن يؤثر فى المواقف الاجتماعية التى يواجهها، وبالتالى فالفرد المغترب لا يستطيع أن يقرر مصيره أو التأثير فى مجرى الأحداث أو فى صنع القرارات المهمة التى تختص بحياته ومصيره فيعجزه ذلك عن تحقيق ذاته. (تحية محمد عبد العال، ١٩٨٩، ٤٩).

وفقد القوة أو العجز Power Lessness قد تناول سيمان فقد القوة تكون نتيجة لاضطراب فى النظام وهى تأخذ شكلين مختلفين:

- فقد القوة الماركسية لا يستطيع العامل أن يتولى أمرا أو فعل حقيقيا.
- فقد القوة من وجهة الطب السيكاترى يعنى عجزا أو قصوراً فى «لا» لتوقع الآخرين (Seman)
- اللامعنى: يعرف «سيمان» اللامعنى بقوله افتقاد المعنى يعنى توقع الفرد أنه لن يستطيع التنبؤ بدرجة عالية من الكفاءة بالنتائج المستقبلية للسلوك.
- اللامعيارية: يشتق «سيمان» هذه الفكرة من وصف «دور كايم» لحالة الأنومى التى تصيب المجتمع وهى حالة انهيار المعايير التى تنظم وتوجه السلوك.
- العزلة: تعنى هذه الفكرة الانفصال بين الفرد ومجتمعه وما يحمله من نطاقه أو افتقاد الفرد الصلات الاجتماعية.
- الاغتراب عن الذات: يستمد هذه الفكرة من كتاب «أريك فروم» المجتمع السليم ويقصد سيمان به «عدم قدرة الفرد على التواصل مع نفسه وشعوره بالانفصال عما يرغب فى أن يكون عليه وبين إحساسه بنفسه فى الواقع (أحمد خضر أبو طواحينه، ١٩٨٧، ٣٩).

٥- التعريف الإجرائى لمظاهر الاغتراب:

أ - الشعور بالعجز: شعور الفرد بأنه لا حول ولا قوة له وأنه شخص غير فعال وليس له قيمة (أعيش وكأنى ترس فى آلة - أو شخص عديم الفائدة).

ب - الشعور بالضياع واليأس: إحساس الفرد بأن المستقبل حالك الظلام بالنسبة له (أغلب المتزوجين يعيشون حياة مليئة بالإحباط - يعيش أغلب الناس فى حالة من اليأس).

جـ ـ الأخلاق والاهتمامات الاجتماعية: هو الالتزام بمعايير الجماعة التى تعيش فيها، الحفاظ على المبادئ الأخلاقية وكذلك مشاركة الآخرين فى اهتماماتهم، (الوصول إلى الأهداف الخاصة عن طريق النفاق أمر يتنافى مع الأخلاق).

د ـ القلق مع الأحداث الاجتماعية: إحساس الفرد بالضيق من خلال ما يحدث من مشاكل فى ظل هذا الواقع المعاش. (أقف عاجزا أمام ما يحدث فى هذا المجتمع).

هـ ـ القيم: هو إحساس الفرد بالالتزام بالقواعد والأمور الدينية والحفاظ على مشاعر الآخرين (الغش هو الطريق السريع إلى الأهداف).

و ـ الشعور بالغربة: إحساس الفرد بالوحدة والعزلة عن مشاركة الآخرين (أحيانا أشعر أننى وحيد تماما فى هذا العالم).

فروض الدراسة :

١ـ توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور/ الإناث على مظاهر الاغتراب المتمثلة فى (العجز ـ الشعور باليأس ـ القلق من الأحداث ـ القيم ـ الأخلاق والاهتمامات ـ القيم ـ الغربة الاجتماعية) لدى عينة الدراسة الكلية.

العينة :

بلغ قوام العينة (١٨٠٠) طالبا وطالبة من جامعة جنوب الوادى وخاصة من كليات (الآداب ـ التربية ـ التجارة) وقد بلغ عدد الطلاب الذكور (٩٠) طالبا وكذلك بلغ عدد الطالبات (٩٠) طالبة.

الأدوات :

استخدم مقياس الاغتراب الذى يتكون من ستة مظاهر اقتبست من مقياس «بركات حمزة» والمقياس مر بعدة مراحل يمكن إيجازها فى الآتى:

١ـ اختار بركات حمزة بنود المقياس من مقياس أحمد خيرى (١٩٨٠)، أمال بشير (١٩٨٩)، أحمد أبو طواحينه (١٩٨٧)، ونيل وجروت (١٩٧٤) كما أعد بنوداً جديدة تتفق مع إعداد المقياس.

٢ـ يتكون المقياس فى صورته الأولى من خمسة مقاييس فرعية (الشعور بالعجز ـ انعدام المعنى ـ انعدام المعايير ـ العزلة الاجتماعية ـ الغربة عن الذات) وبذلك أصبح المقياس مكونا من ٦٨ بنداً.

٣ـ تم إجراء الثبات بطريقة التقسيم النصفى إلى (زوجى/ فردى) للمقاييس الفرعية وكانت جميع معاملات الارتباط مرتفعة ومقبولة.

٤ـ تم إجراء الصدق العاملى ـ وصدق الاتساق الداخلى للبنود، وتشير الدلائل إلى صدق المقياس فى صورته الأولى.

٥ـ استخلص (١٥) عاملا من التحليل العاملى وسميت بمسميات تجب الصدق للمقياس وهنا تم استخلاص ستة مقاييس فرعية سميت بمظاهر الاغتراب، بلغت بنود المقياس فى الصورة التى تم استخدامها ٤٣ بندا موزعة على المظاهر المختلفة وهى كالآتى:

- الشعور بالعجز ١٩ بندا
- الشعور بالضياع واليأس ١٢ بندا.
- الأخلاق والاهتمامات ٥ بنود.
- القلق من الأحداث الاجتماعية ٥ بنود.
- القيم ٦ بنود.
- الشعور الغربة ٦ بنود.

٦ـ تم إجراء التحليل العاملى على هذه المظاهر لدى عينة من الذكور بلغت (٩٠) طالباً وكذلك أجرى تحليل عاملى على (٩٠) طالبة. واستخلص منهما قيم الشيوع وكذلك التشبعات والعوامل المتعامدة، ويلاحظ أنه تم الحصول على عاملين لدى عينة الإناث، واستخدم عامل عام لدى عينة الذكور. والجدول يوضح ذلك.

جدول (١)

يوضح قيم الشيوع ثم تشبعات العوامل المتعامدة الناتجة من التحليل العاملى لمتغيرات البحث الأساسية لدى عينة من الذكور - الإناث

(ن = ١٨٠)

المتغيرات	التشبعات الخاصة بعينة الإناث			التشبعات الخاصة بعينة الذكور	
	قيمة الشيوع	العامل الأول	العامل الثانى	قيمة الشيوع	العامل الأول
١- الشعور بالعجز	٠,٧٨٨	٠,٦٥٥	٠,٥٩٨-	٠,٥٠٠٠	٠,٧٠٧
٢- الشعور بالضياع	٠,٥١٤	,٠٦٥٢	٠,٢٩٩	٠,٧٦٩	٠,٨٧٦
٣- الأخلاق والاهتمامات	٠,٥٦١	٠,٤٠٢	٠,٦٣٢	٠,٤٦١	٠,٦٧٩
٤- القلق من الأحداث	٠,٥٨٢	٠,٥٣٦	٠,٥٤٣	٠,٦١٧	٠,٧٨٥
٥- القيم	٠,٥٠٦	٠,٧٠٩	٠,٠٦٠	٠,٦٣٠	٠,٧٩٣
٦- الشعور بالغربة	٠,٦٦٢	٠,٥٩٨	٠,٥٥١-	٠,٦٩٥	٠,٨٣٣
الجذر الكامن		٣,١٥١	١,٤٥٤		٤,٦٥١
نسبة التباين		٪٤٥,٠	٪٢٠,٠		٪٦٦,٤

الأساليب الإحصائية:

١- معاملات الارتباط (بيرسون) للتعرف على العلاقة بين متغيرات البحث المختلفة.

٢- استخدام معادلة (ت) T-Test للتعرف على الفروق بين عينتى الدراسة (الذكور - الإناث) على مظاهر الاغتراب المختلفة.

٣- تحليل التباين للتعرف على مدى الاختلاف والفروق بين عينتى الدراسة الكلية ومتغيرات أو مظاهر الاغتراب.

٤- التحليل العاملى للوصول إلى عوامل يمكن من خلالها التعرف على صدق المقياس.

نتائج البحث:

جدول (٢)

يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مظاهر الاغتراب من خلال T-Test

المقاييس الفرعية	مجموعة الذكور			مجموعة الإناث			قيمة (ت)
	ن	م	ع	ن	م	ع	
١- الشعور بالعجز	٩٠	٣١,٢٢	١٠,١٣	٩٠	٣٠,٥١	٦,٨٦٣	٠,٥٥-
٢- الشعور بالضياع	٩٠	١٠,٨٠	٣,٥٤	٩٠	٩,٩٥	٢,١١	١,٨١-
٣- الأخلاق والاهتمامات	٩٠	١٠,٩٣	٣,٩٢	٩٠	١,٣٤	٢,٠٥	١,١٣-
٤- القلق من الأحداث	٩٠	٢٥,١٠	٥,٢٤	٩٠	٢٦,٥٢	٢,٤٩	*٢,١٤
٥- القيم	٩٠	١٧,٢١	٥,١٥	٩٠	١٦,٨٢	٢,٩٢	٠,٥٧-
٦- الشعور بالغربة	٩٠	١٥٦,٨	٣١,٧٢	٩٠	١٥٤,٢	١٧,٦٢	٠,٥١-

*تشير إلى مستوى الدلالة عند ٠,٠٥

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة على مظاهر الاغتراب (الشعور بالعجز - الضياع واليأس - الأخلاق والاهتمامات - القلق من الأحداث - الشعور بالغربة) لدى الذكور والإناث وإنما يبدو واضحا الفرق بين الذكور والإناث على القيم ودالا إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥ على القلق باعتبار أنه توجد فروق بين الذكور والإناث على القلق فى صالح عينة الإناث، باعتبار أن المجتمع وخاصة فى الصعيد يلعب دورا بارزا فى تجسيد القيم وخاصة القيم الدينية والقلق من الأحداث.

جدول (٣)

يوضح مصفوفة ارتباط بين درجات متغيرات البحث لدى عينة الإناث

(ن = ٩٠)

	العجز	الضياع	الأخلاق	القلق	القيم	الغربة
١ـ العجز	ـ					
٢ـ الشعور بالضياع	٠,١٨٢	ـ				
٣ـ الأخلاق	٠,٠٣٥-	٠,٢٣٧*	ـ			
٤ـ القلق	٠,٠١٦	٠,٣٩٨**	٠,٣٢٦**	ـ		
٥ـ القيم	٠,٣٨١*	٠,٢٧٩*	٠,٣١٣**	٠,٣٠٣**	ـ	
٦ـ الغربة	٠,٥٢٨**	٠,١٧٤*	٠,٠٣٧-	٠,١٠٦*	٠,٢٧٢**	ـ

يتضح من مصفوفة الارتباط العلاقة بين مظاهر الاغتراب لدى عينة الإناث، يبدو واضحا ان العلاقة دالة عند مستوى (٠,٠٥ - ٠,٠١) بين العجز وباقى المظاهر الأخرى بالشعور باليأس والضياع وكذلك القلق من الأحداث والقيم والغربة الاجتماعية وكذلك الاهتمامات والأخلاق.

جدول (٤)

يوضح مصفوفة الارتباط بين درجات متغيرات البحث لدى عينة الذكور

(ن = ٩٠)

	العجز	الضياع	الأخلاق	القلق	القيم	الغربة
١ـ العجز	ـ					
٢ـ الشعور بالضياع	٠,٥٢٨*	ـ				
٣ـ الأخلاق	٠,٢٨٥*	٠,٥٥٩**	ـ			
٤ـ القلق	٠,٣٧٨*	٠,٦٣٦**	٠,٥٧٥**	ـ		
٥ـ القيم	٠,٤٣٠*	٠,٦٦٥**	٠,٤٩٤**	٠,٥٣٨**	ـ	
٦ـ الغربة	٠,٦٠٠*	٠,٦١١**	٠,٤٠١**	٠,٦١١**	٠,٥٩٨**	ـ

يتضح من مصفوفة الارتباط العلاقة بين مظاهر الاغتراب لدى عينة الذكور، ويتضح من خلال معاملات الارتباط العلاقة بين العجز وباقى متغيرات أو مظاهر الاغتراب الأخرى داله عند مستوى (٠,٠٥ - ٠,٠١) كالشعور باليأس والقلق من الأحداث والقيم والغربة الاجتماعية وكذلك الاهتمامات والأخلاق.

جدول (٥)

يوضح تحليل التباين على الشعور بالعجز لدى عينة الدراسة الكلية (ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	٢٨,٨٠٠	ـ	٢٨,٨٠٠	٠,٢٧٥	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	٢٨,٨٠٠	١	٢٨,٨٠٠		
تفاعل المجموعات	١٨٦١٤,٠	١٧٨	١٠٤,٧٥٣		
الجزء المفسر من التباين	١٨٦٤٢,٨٠٠	١٧٩	١٠٤,١٥٠		

يتضح من خلال عرض نتائج تحليل التباين للفروق بين الذكور والإناث على مشاعر العجز أنه لا توجد فروق دالة على مشاعر العجز بالنسبة للعينة الكلية.

جدول (٦)

يوضح تحليل التباين على الشعور بالضياع لدى عينة الدراسة (ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	٢٢,٧٥٦	ـ	٢٢,٧٥٦	٠,٣٠٤	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	٢٢,٧٥٦	١	٢٢,٧٥٦		
تفاعل المجموعات	١٣٢٣٨,٠٤٤	١٨٧	٧٤,٩٣٣		
الجزء المفسر من التباين	١٣٣٦٠١,٨٠٠	١٧٩	٧٤,٦٤١		

يتضح من خلال عرض النتائج الموضحة بالجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا للشعور بالضياع واليأس بالنسبة لدى عينة الدراسة الكلية.

جدول (٧)

يوضح تحليل التباين على متغير الأخلاق والاهتمامات لدى عينة الدراسة الكلية

(ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	٣٦,٤٥٠		٣٦,٤٥٠	٣,٢٧٢	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	٣٦,٤٥٠	١	٣٦,٤٥٠		
تفاعل المجموعات	١٩٨٢,٩٤٤	١٧٨	١١,١٤٠		
الجزء المفسر من التباين	٢٠١٩,٣٩٤	١٧٩	١١,٢٨٢		

يتضح من خلال عرض النتائج السابقة الموضحة بالجدول أن مستوى الدلالة غير دال إحصائياً بالنسبة لمتغير الأخلاق والاهتمامات لدى عينة الدراسة الكلية.

جدول (٨)

يوضح تحليل التباين على متغير القيم لدى عينة الدراسة الكلية

(ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	١٥,٦٠٦		١٥,٦٠٦	١,٥٨١	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	١٥,٦٠٦	١	١٥,٦٠٦		
تفاعل المجموعات	٢٢٠٧,٩٢٢	١٧٨	١٢,٤٠٤		
الجزء المفسر من التباين	٢٢٢٣,٥٢٨	١٧٩	١٢,٤٢٢		

يتضح من خلال الجدول السابق أن الفروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥ على متغير القيم لدى العينة الكلية للدراسة.

جدول (٩)

يوضح تحليل التباين على متغير القيم لدى عينة الدراسة الكلية (ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	٩١,٠٢٢		٩١,٠١٢٢	٤,٥٨١	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	٩١,٠٢٢	١	٩١,٠٢٢		
تفاعل المجموعات	٣٥٣٦,٥٥٦	١٧٨	١٩,٨٦٨		
الجزء المفسر من التباين	٣٦٢٧,٥٧٨	١٧٩	٢٠,٢٦٦		

يتضح من خلال الجدول السابق أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ على متغير القيم لدى عينة الدراسة الكلية.

جدول (١٠)

يوضح تحليل التباين على متغير الشعور بالغربة لدى عينة الدراسة الكلية (ن = ١٨٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	مجموع متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعات الرئيسية المختلفة	٦,٨٠٦		٦,٨٠٦	٠,٣٢٤	غير دال إحصائيا
المجموعات الفرعية	٦,٨٠٦	١	٦,٨٠٦		
تفاعل المجموعات	٣٧٣٨,١٤٤	١٧٨	٢١,٠٠١		
الجزء المفسر من التباين	٣٧٤٤,٩٥٠	١٧٩	٢٠,٩٢٢		

مناقشة النتائج:

الفرض الأول:

توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث على مظاهر الاغتراب المتمثله فى العجز - الشعور باليأس - القلق من الأحداث - القيم - الأخلاق والاهتمامات - العزلة الاجتماعية.

من خلال النتائج المستخلصة من T-Test والمدونة بالجدول (٢) اتضح أن الفرض لن يتحقق فى أنه لا توجد فروق بين عينتى الدراسة على متغيرات أو مظاهر الاغتراب المتمثلة فى الشعور بالعجز- اليأس- القلق من الأحداث- الأخلاق والاهتمامات فى حين أن جزءاً من الفرض قد تحقق فى أنه توجد فروق دالة عند مستوى (٠,٠٥) بين الذكور/ الإناث على متغير القلق والملاحظ أن الشعور بالعجز سمة العصر الذى نعيش فيه، فالشعور باللامبالاه والسلبية والعجز انتشرت وسادت بين الشباب نتيجة للمتغيرات الاقتصادية والسياسية التى حاصرت الشباب من كل جانب فسقط معظم الشباب فى ترسنة هذه المتغيرات مستسلما أحيانا وشعوره أحيانا أخرى بأنه لا حول ولا قوة له، وأنه غير فعال وليس له قيمة فى ظل هذا الواقع، والملاحظ أن هذه المشاعر أصبحت منتشرة بين الذكور/ الإناث على حد سواء ولا توجد مقارنة بينهما على هذه المشاعر.

كذلك الشعور باليأس والضياع: إذا كان السؤال العابر ماذا يفعل الشباب بعد تخرجه من الجامعة؟ الملاحظ أنه لا توجد أسرة إلا وقد أصابها عامل البطالة مما جعل الشباب فى هذه الآونة يشعر بالإحباط كما يشعر أن المستقبل بالنسبة له غير محدد ومبهم أى حالك السواد مما يوورط الأفراد (ذكورا/ إناثا) فريسة لمشاعر الضياع وكذلك مشاعر اليأس.

اتضح من النتائج أيضا أن القلق من الأحداث كمظهر من مظاهر الاغتراب، توجد فروق بين الذكور والإناث، فمن خلال مشاكل المجتمع والأحداث المسيطرة على مسرح الحياة اليومية كالإرهاب- الإدمان- الأمراض التى لا نسمع عنها من ذى قبل جعلت الشباب (ذكورا/ إناثا) يشعرون بالقلق تجاه هذه الأحداث.

كذلك أصبحت سمة العصر عدم المشاركة الفعلية فى القرارات أو مشاركة الآخرين فى أفراحهم فالشعور بالعزلة والوحدة أصبحت قاسما مشتركا بين معظم الأفراد.

أما بالنسبة للقيم لاتوجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث فالقيم المراد بها إحساس الفرد بالالتزام بالقواعد والأمور الدينية والحفاظ على مشاعر الآخرين.

ويبدو أن البيئة وبخاصة الصعيد لها دور فعال فى تنشئة الجيل وخاصة الشباب فالاحترام والالتزام بالقواعد داخل الصعيد أمر موجود وربما يرجع ذلك إلى التعارف بين العائلات.

ومن خلال نتائج الدراسات السابقة وجد منها ما اتفق مع نتائج البحث ومنها ما اختلف ويمكن تفسير ذلك فى ضوء الدراسات السابقة، فقد توصل جودوين Goduin (١٩٧٢) أن الذكور أكثر اغترابا من الإناث، وتوصل جيوتراس Jutros (١٩٨١) إلى أن الإناث أكثر اغترابا من الذكور على بعدى (اللامعيارية/ الاغتراب الثقافى) وتوصل ألن Allen (١٩٧٥) أن الطلبة السود فى الجنسين أكثر اغترابا من البيض من لجنسين وتوصل أحمد خيرى (١٩٨٠) إلى أن الإناث أكثر إحساسا بالاغتراب من الذكور وتوصل محمد إبراهيم عيد (١٩٨٣) أن الإناث أكثر إحساسا باللامعنى من الذكور وكذلك اللاهدف والدرجة الكلية للاغتراب، وتوصل أحمد خضر (١٩٨٧) أن الذكور أكثر شعورا باللامعيارية- الاغتراب عن الذات- الاغتراب الحضارى والتمرد عن الإناث. هذه النتائج تتعارض مع ما توصلت إليه نتائج البحث الحالى، أما عفاف عبد المنعم (١٩٨٨) فقد انتهت نتائج دراستها إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث وكذلك انتهت نتائج رأفت عبد الباسط (١٩٩٣) أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين الذكور والإناث على الشعور بالعجز- انعدام المعايير- العزلة الاجتماعية. وهذه النتائج تتفق مع نتائج البحث الحالى وربما يرجع الاتفاق إلى أن العينة المستخدمة فى دراسة عبد الباسط (١٩٩٣) عينة من الصعيد وعينة البحث الحالى أيضا من الصعيد وهذا ما يدعم نتائج البحث الحالى.

ولكن الاختلاف فى النتائج ربما يرجع إلى:

أ - العينة المستخدمة في البحث والملاحظ أن الدراسات السابقة اعتمدت على عينات من كليات مختلفة وخاصة بالوجه البحرى «الاسكندرية - القاهرة».

ب - الأدوات المستخدمة في البحث والملاحظ أن كل دراسة تناولت أداه تختلف في أبعاد ومظاهر الاغتراب عن الدراسة الأخرى، فمنهم من تناول الاغتراب على أنه اغتراب إيجابي/ سلبي أحمد خيرى (١٩٨٠) ومنهم من تناول الاغتراب على منهج سيمان (١٩٥٩) كالشعور بالعجز/ اللامعنى - اللامعيارية - العزلة الاجتماعية - الغربة عن الذات.

جـ - الحيز الزمنى الذى أجريت فيه الدراسة فهناك دراسات أجريت فى عام (١٩٧٢) وهناك زراسات أجريت فى عام (١٩٨٠) وأخرى فى (١٩٩٣) والملاحظ أن هناك فروقاً ملحوظة فى الحيز الزمنى يصل إلى عشر سنوات، وهذا العامل كفيل بأن المجتمع يمر بالعديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية وهذه المتغيرات لها رد فعل على حياتنا النفسية والاجتماعية.

د - طبيعة الموضوع والهدف من الدراسة بالطبع من خلال عرض تراث الدراسات السابقة يبدو واضحا أن هناك دراسات اهتمت بدراسة الاغتراب وعلاقته ببعض المتغيرات كالسن - التعليم - المهنة - والمستوى الاقتصادى، وهناك دراسات تناولت الاغتراب وعلاقته ببعض المشاكل النفسية والاجتماعية والسياسية. طبيعة الموضوع والهدف من الدراسة له أثر فعال النتائج التى انتهت اليه الدراسة.

الفرض الثانى:

توجد علاقة بين الشعور بالعجز ومظاهر الاغتراب الأخرى لدى عينتى الدراسة (ذكور/ إناث).

من خلال النتائج المستخلصة من الجدول (٤،٣) اتضح أنه قد تحقق الفرض أى أن هناك علاقة بين الشعور بالعجز ومظاهر الاغتراب المتمثلة فى (الشعور باليأس - الأخلاق والاهتمامات - القلق من الأحداث - القيم - الشعور بالغربة) لدى عينة الذكور/ الإناث على افتراض أن مشاعر العجز أصبحت آفة العصر حيث أن شعور الفرد بالعجز وأن الشخص غير فعال وليس له قيمة أى يعيش وهو شخص الفائدة أو إحساسه بأنه ترس فى آلة. وكما أكدت النتائج أن هذه المشاعر لها علاقة بالشعور باليأس والضياع، وهذه من النتائج الهامة أنه عندما تزداد مشاعر الإحباط باليأس يستسلم الفرد لمشاعر العجز. وربما يرجع هذا إلى الإحباطات المتتالية فى ظل هذا الواقع من العديد من المتغيرات المصاحبة للفرد أن كانت (اقتصادية - اجتماعية - سياسية - نفسية).

كذلك ترتبط مشاعر العجز بالغربة كما انتهت نتائج البحث أن إحساس الفرد بالوحدة والعزلة عن مشاركة الاخرين (أحياناً أشعر أننى وحيد تماما) هذه المشاعر ترتبط كذلك بمشاعر العجز، وأيضا توجد علاقة بين مشاعر العجز والقلق فى الأحداث ففى ظل المشاكل التى يمر بها المجتمع وخاصة الإرهاب تجعل الفرد يقف عاجزا أمام ما يحدث لأنه أحيانا عندما تزداد المشاكل ويتورط الفرد فى الضغوط لا يستطيع مقاومة ذلك ويستسلم لمشاعر العجز لأن قدرة الفرد لا تجعل منه مقارنة التغير لما يحدث، والملاحظ أن الجميع يعلن استياءه من الإهارب ورفضه لما يحدث ولكن ما هى القدرة المطلوبة لمواجهة ذلك من الفرد، نعم إنها فى حيز محدود وهى المشاركة بمدى الإحساس بالضرر ولكن صعوبة مواجهة ذلك من الأفراد.

وتدعم نتائج دراسة Dean (١٩٦٠) أن هناك علاقة بين الشعور بالعجز وعدم المشاركة السياسية، كما أن الأفراد الذين يعانون مشاعر العجز يتسم سلوكهم بالتبلد واللامبالاه وكذلك معاناتهم بمشاعر العزلة الاجتماعية التى تفرض عليهم الابتعاد عن الناس (Dean, G.,1960).

وتكشف نتائج دراسة Joel,D.A (١٩٧٢) إلى علاقة مظاهر الاغتراب (العجز/ الثقة/ اللامعيارية/ العزلة

الاجتماعية) باللامبالاه والتبلد وعدم المشاركة السياسية) (Joel,D,A) .

وأكد محمد إبراهيم عيد (١٩٨٧) العلاقة بين عوامل الاغتراب (العجز) والشعور بالقلق، أى وجود ارتباط موجب بين الاغتراب والتسلطية والدوجماطيقية والقلق (محمد إبراهيم عيد، ١٩٨٧).

وتؤكد نتائج دراسة محمد عاطف زعتر (١٩٨٩) العلاقة بين الاغتراب النفسى وبين درجات الوحدة النفسية والشعور بالعجز يعنى شعور الفرد بأنه لا يمتلك مرشدا أو موجها للسلوك أو عدم القدرة على التنبؤ بنتائج السلوك والأحداث (Seeman, 1959,783)

لذلك أكدت نتائج البحث الحالى العلاقة بين مشاعر العجز وكل من مظاهر الاغتراب المتمثلة فى (اليأس - القلق من الأحداث - الأخلاق والاهتمامات - العزلة الاجتماعية) لدى عينة الدراسة ذكورا وإناثا.

الفرض الثالث:

توجد فروق دالة إحصائيا بين مظاهر الاغتراب المتمثلة فى (العجز - اليأس - القلق من الأحداث - الأخلاق والاهتمامات - القيم - الغربة الاجتماعية) لدى الدراسة الكلية.

تدل المعاملات الإحصائية المستخلصة فى الجدوال رقم (٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا على مظاهر الاغتراب المتمثلة فى العجز - اليأس - القلق من الأحداث - الأخلاق والاهتمامات - الغربة الاجتماعية لدى عينة الدراسة الكلية، وبذلك لم يتحقق الفرض ما عدا متغير القيم وجد أنه دال إحصائيا لدى عينة الدراسة الكلية، ويمكن توضيح ذلك أن مشاعر العجز (شعور الفرد بأنه لا حول ولا قوة له) وكذلك مشاعر القلق من الأحداث (إحساس الفرد بالضيق والقلق من المستقبل) والأخلاق والاهتمامات (الالتزام بالقوانين الأخلاقية) والشعور باليأس والضياع (أى إحساس الفرد بإحباطات المجتمع) وكذلك العزلة الاجتماعية (إحساس الفرد بالوحدة النفسية) (وجد أن هذه المظاهر للاغتراب غير دالة إحصائية بالنسبة لعينة الدراسة الكلية ما عدا متغير القيم باعتبار أن القيم تلعب فيها أساليب التنشئة الاجتماعية وتقاليد المجتمع وخاصة مجتمع الصعيد. فالاختلاط داخل جدران الجامعة غير متاح وكذلك من الصعب أن تجد طالباً يقف مع طالبة داخل جدران الجامعة، فهذا أمر غير متاح وغير مباح.

والملاحظ أن الفرض لن يتحقق بالنسبة لمعظم الاغتراب، فالقلق فى الأحداث بالنسبة لعينة الدراسة الكلية (ذكور/ إناث) لن توجد فروق دالة باعتبار أن القلق أصبح سمة العصر المعاش وآفة جميع الأمراض التى تفتك بالفرد، فالمستقبل غير المحدد والطموح العالى وكذلك ارتفاع الأسعار وندرة المساكن وارتفاع تكاليف الزواج جعلت الأفراد يعيشون فى طاحونة القلق، فالذكور كالإناث فى هذا العصر يطلب من كلا الطرفين العديد من الاحتياجات.

المراجع العربية

١- أحمد خضر أبو طواحينه: الاغتراب لدى الطلاب الفلسطينيين الجامعيين، دراسة ميدانية، ماجستير، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٧ .

٢- أحمد خيرى حافظ: سيكولوجية الاغتراب، دراسة ميدانية، دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٨٠ .

٣- بركات حمزه حسن: الاغتراب وعلاقته بالتدين والاتجاهات السياسية لدى طلاب الجامعة، دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٩٣ .

٤- تحية محمد عبد العال: العلاقة بين الاغتراب والتوأمية لدى الشباب، ماجستير، كلية الآداب، جامعة أسيوط، ١٩٩٣ .

٥- رأفت عبد الباسط قابيل: الاغتراب النفسي وعلاقته بالإبداع لدى طلاب الجامعة، ماجستير، كلية الآداب، جامعة أسيوط، ١٩٩٣ .

٦- رجاء عبد الرحمن الخطيب: اغتراب الشباب وحاجاتهم النفسية، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ١٩٩١ .

٧- ريتشارد شاخت: الاغتراب، ترجمة كامل يوسف حسين، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ١٩٨٠

٨- سيد محمد عبد العال: عوامل الاغتراب لدى طلبة وطالبات الجامعة، دراسة امبريقية عاملية مقارنة، سلسلة الشرق الأوسط، العدد (٩١)، ١٩٩١ .

٩- عفاف محمد عبد المنعم: بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالشعور بالاغتراب، دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ١٩٨٨ .

١٠- محمد إبراهيم عيد: دراسة مدى الإحساس بالاغتراب لدى طلاب وطالبات الفنون التشكيلية من ذوى المستويات العليا من حيث القدرة على الإنتاج الابتكارى، ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٣ .

١١- دراسة تحليلية للاغتراب وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الشباب، دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٧ .

١٢- محمد خضر عبد المختار: دينامية العلاقة بين الاغتراب والتطرف نحو العنف لدى شرائح مختلفة من المجتمع المصرى، دكتوراه، جامعة عين شمس، ١٩٩٥ .

١٣- محمد عاطف زعتر: بعض السمات الشخصية وعلاقتها بالاغتراب النفسى لدى الشباب الجامعى، دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق، ١٩٨٩ .

١٤- محمود رجب: الاغتراب، سيره مصطلح، دار المعارف، ١٩٨٨

المراجع الأجنبية

15- **Aberboch, J. D., :** "Alienation and Political Behavior" Social Psychology of Political life, Duxbury Press, By Wads Worth, 1972 .

16- **Allen W. R.,:** "Race, Sex Grade Ievel and Disadvantageness in a Sauthern School" Diss, Ab st, Inter, Vol. (35), No (8), A (Feb.), 1975, p.5107.

17- **Clark, J.:** "Measurering Alienation in a Sacial System", American Sociological Review, Vol. (24), No. (6), (Dec.), 1957, PP. 849-863.

18- **Davids, A.,:** "Alienation, Social Apperception and Ego Structure" Jornal of Consulting Psycholojy Vol. (19), 1955,pp.21-22.

19- **Dean, G.,:** "Alienation and Political Apathy" Social Forces, Vol. (38). NO. (3), (March), 1960, pp. 185-189.

20- **Dean, G.:** "Alcenation, Lts Meaning and Measureninj" American Sociological Review, Vol. (20), No. (5), (October), 1961, pp. 735-758.

21-**Goodwin, G.,:** "Alenation Among University Student's, a Comparative Analysis, Diss, Abst, Inter, Vol. (33),No.(3),A (Sep),1972,p.1237.

22- **Jutars, W.,:** "Adolescent Alienation and Cocus of Control" Diss, ABST, Inter, Vol. (42), No. (4), A (Octo), 1981,p.1404.

23- **Nettler, G.,:** "Ameasure of Alienation" American Sociological Review, Vol. (22), No. (4), (dec), 1957,p.p. 671-677

24- **Seeman, M.,:**"On the Meamimg of Alienation", American Sociological Review, Vol. (24), 1959,pp. 270 - 284.

25- **New Encycopoedia Britannica,** in (30) Volume Publisher Chicago, London,1975.



الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال

إعداد
فاطمة الشريف الكتاني

مقدمة

يعتبر موضوع الاتجاهات الوالدية فى التنشئة من الموضوعات التى تلاقى اهتماما متزايدا من قبل الباحثين فى ميدان الدراسات النفسية الاجتماعية. وينظر إليها باعتبارها محددا هاما من محددات النمو النفسى والاجتماعى والعقلى للطفل.

وانتشرت الأبحاث والدراسات (عربية وأجنبية) التى تناولت موضوع الممارسات الوالدية فى علاقتها بأى مظهر من مظاهر الشخصية كعدم السواء أو التوافق أو الذكاء أو الإبداع أو العدوانية أو الخوف.

ومن جهة أخرى فإن الخوف يمثل ظاهرة نفسية هامة فى مجال دراسات الشخصية، ورغم الأبحاث العديدة التى تناولت هذه الظاهرة فى بعض جوانبها وعلاقتها بالسلوك، فما تزال كثير من تفاعلاتها تحتاج إلى المزيد من البحث والتدقيق، وخاصة مع تزايد التعقد فى مظاهر الحياة الاجتماعية، والعلاقات البشرية وقضايا التنشئة والتكوين المتعلقة بالكائن البشرى.

ومن هنا انبثقت فكرة هذا الموضوع فى ذهنى وتبلورت ضرورة تعميقه والبحث فيه، بل من هذا المنطلق اصبح هذا الموضوع هاجسا فى نفسى من الناحية العلمية والعملية باعتبارى باحثة وأما مربية قبل كل شيء، بحيث يهمنى أن ينعكس جانب من تفكيرى واهتمامى العلمية على حياتى الخاصة فى عالمى الصغير بين أبنائى، وبين أفراد مجتمعى بصفة عامة.

---

* بحث حصلت به الباحثة على دبلوم الدراسات العليا فى علم النفس من جامعة محمد الخامس - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط تحت إشراف د. مبارك ربيع ١٩٩٧.

* كان المفروض نشر الرسالة فى العدد (٤٥) ولكنه سقط من التجليد - لذلك نعتذر.

هكذا تبلور موضوع هذا البحث على النحو التالي:

«الاتجاهات الوالدية فى التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال».

وطرحت الأسئلة التالية:

هل الاتجاهات الوالدية تتنوع وتختلف حسب نوعية الوسط الاجتماعى وحسب جنس الطفل؟ وهل هناك علاقة بين تمثل الطفل (الايجابى أو السلبى) للاتجاهات الوالدية ودرجة استعداده لمخاوف الذات؟

هذه جملة من الأسئلة التى شكلت جوهر الإشكالية التى دار حولها البحث.

وللإجابة عن تلك الأسئلة قمت بوضع الفرضيات التالية:

١ - كلما كان تمثل الطفل للاتجاهات الوالدية إيجابيا انخفضت فى الدرجة مخاوف الذات لديه، وكلما كان تمثل الطفل للاتجاهات الوالدية سلبيا، ارتفعت فى الدرجة مخاوف الذات لديه.

٢ - الاتجاهات الوالدية فى التنشئة أكثر ميلا للسلبية فى الوسط المنخفض، وأكثر ميلا للايجابية فى الوسطين المتوسط والمرتفع مما ينعكس على استعداد الطفل لمخاوف الذات، فترتفع درجة مخاوف الذات لدى الأطفال فى الوسط المنخفض عنها لدى الأطفال فى الوسطين المتوسط والمرتفع.

٣ - الاتجاهات الوالدية أكثر ميلا للسلبية مع الإناث وأكثر ميلاً للإيجابية مع الذكور، مما ينعكس على درجة استعداد الطفل لمخاوف الذات، فترتفع درجة مخاوف الذات لدى الإناث عنها لدى الذكور فى الوسط الاجتماعى الواحد.

خطة البحث:

لقد قمت منذ بداية العمل فى هذا البحث بالتوليف بين جانبى البحث النظرى والميدانى فجمعت البيانات والمعلومات ضمن خطة عمل تهدف بناء الجانب النظرى وبناء مقياسين، وتم تنظيم المعلومات فى أربعة أبواب:

بالنسبة للباب الأول والثانى فقد تضمنا الجانب النظرى:

تناولت فى الباب الأول القسم الأول من البحث:

الاتجاهات الوالدية فى التنشئة الاجتماعية ووضحته فى ثلاثة فصول هى: الاتجاه والتنشئة الاجتماعية فى الأسرة والاتجاهات الوالدية.

والفكرة الأساسية التى تضمنها هذا الباب هى بيان أهمية الأسرة باعتبارها نظاما وباعتبار دورها فى تنشئة الطفل. فهى المحيط الاجتماعى الأول الذى يتمثل فيه الطفل القيم والمعايير، وفيها تتكون الدعائم الأولى للشخصية، وما يتكون فى هذه الفترة لا يمكن تغييره أو تعديله بسهولة لارتباطه بخبرات الطفل الأولى. ولا يتم ذلك إلا من خلال الاتجاهات الوالدية لأن الطفل يكتسب المعرفة الاجتماعية وأنماط السلوك التى يقبلها مجتمعه من خلال اتجاهات والديه التى يستدل عليها من الأساليب التربوية التى يستخدمها الآباء مع أبنائهم فى المواقف اليومية التى تجمعهم.

لذا الاتجاهات الوالدية تتصف بالاختيارية والذاتية حيث أن تنشئة الآباء أنفسهم وتقبلهم لذواتهم ومستواهم التعليمى. كما أن طبيعة الطفل وطبيعة العلاقة الزوجية لوالديه والوسط الاجتماعى للأسرة، وكذلك السكن وحجم الأسرة، إضافة إلى القيم السائدة والنظرة العامة للطفولة وغيرها، كلها عوامل تؤثر فى تكوين اتجاهات الآباء التربوية.

أما بالنسبة للباب الثانى فقد تناولت فيه القسم الثانى من البحث انفعال الخوف ومخاوف الذات وشمل ثلاثة فصول، انفعال الخوف وبناء الذات ومخاوف الذات.

أما الفكرة الأساسية لهذا الباب فهى أن ذات الطفل تظهر وتنمو تدريجيا نتيجة لنشاط الطفل الذاتى المشروط بوجود الآخر.

فميلاد الذات ونموها تتضمن عمليتين: الانفصال والتفرد، والانفصال عن الآخر كمغاير ومختلف، والعلاقة الحتمية معه كموضوع ارتباط ومحدد لوجوده الفردى.

فالرضيع يمكنه الانفصال التدريجى عن موضوعات ارتباطه

(الأم والأب) مع نمو قدرته العقلية لتمثل وتصور الموضوعات في غيابها، والتفرد يتضمن إنجازات الطفل بمساهمة الآخر والتي تؤدي إلى خلق الذات الفردية.

في نهاية الشهر السابع، ومع نمو قدرة الرضيع (العقلية - المعرفية) وبداية الوعي بتميز الذات تظهر دلائل الارتباط بالآخر، وأهمها الخوف من الانفصال عن الموضوع الذي يعطيه المعنى والتعريف، والخوف من الغرباء وكل ما هو غريب وغير مألوف.

فأولى مخاوف الذات هي الخوف من الانفصال والخوف من الغرباء وهي مخاوف ملازمة لميلاد الذات ويعاد بناؤها مع كل مرحلة جديدة. مع كل ارتباط بموضوعات جديدة.

أما بالنسبة للباب الثالث والرابع، فقد تضمنا الجانب الميداني:

في الباب الثالث تناولت وسائل البحث التي قمت ببنائها، وهي مقياس الوالدية (نموذج الأم ونموذج الأب) ومقياس مخاوف الذات.

وهدف كل من المقياسين إلى وضع مجموعة من العبارات ليجيب عنها الطفل، وأتمكن بواسطتها من إعطاء حكم كمي عن تصوره لاتجاهات والديه في تنشئته وتحديد درجة استعداده لمخاوف الذات.

لقد تم إعداد مقياس الاتجاهات الوالدية على مرحلتين: الصورة الأولية وتقنين المقياس تم إعداد الصورة الأولية بعد عدة خطوات هي:

الاطلاع على الدراسات السابقة - وبعض المقاييس الخاصة بالممارسات الوالدية في التنشئة - واستمارة موجهة لـ (110من الآباء والأمهات) ممن لديهم أطفال في الأقسام الرابع والخامس والسادس الابتدائي. تتضمن سؤالا مفتوحا حول أساليبهم في تربية أطفالهم.

وبناء على ما سبق تم حصر أهم المواقف التي تجمع الطفل بالوالدين في هذه الفترة من العمر، وأهم الأساليب التربوية المتبعة فيها، ومن ثم تم تحديد مجموعة من العبارات تعبر عن الاتجاهات الوالدية السبعة التالية:

السواء - التسلط - الحماية الشديدة - التساهل - الإهمال - القسوة - التذبذب.

ومن أجل تقنين المقياس، قمت بحساب ثبات وصدق المقياس بعد تطبيقه على عينة مكونة من (100 طفل وطفلة)، وأعدت تطبيقه على نفس العينة بعد (12 يوما)، ومن ثم تم إيجاد معايير للمقياس.

وبذلك توصلنا إلى مقياس الاتجاهات الوالدية في صورته النهائية (نموذج الأم ونموذج الأب) ويتكون كل منها من (45 عبارة)، وهما متطابقان أحدهما مصاغ بالمذكر والآخر بالمؤنث.

أما بالنسبة لمقياس مخاوف الذات، فقد تم إعداد الصورة الأولية له بعد عدة خطوات أوجزها في الآتي:

١ - من أجل تحديد تعريف أجرائي لمخاوف الذات تم الانطلاق من اعتبار أن الخوف أو القلق سمة من سمات الشخصية لها صفة الاستمرار. ومن تحديد الموضوع الأولي والأساسي لمخاوف الذات، والخوف من الانفصال والمرتبط به الخوف من الغرباء والذي يظهر بوضوح في نهاية الشهر السابع.

وحيث أن سلوكات الخوف تقوم بوظيفة واحدة هي طلب الحماية فالطفل الخائف ينسحب من موقف أو شخص مثير للخوف أو التهديد ليقترب من موقف آخر أو شخص يضمن الحماية.

إذن الانسحاب والاقتراب يدخلان سويا في سلوك الخوف وعندما يكون موضوع الارتباط نفسه (الأم أو الأب) هو المسبب للخوف ربما بالقسوة أو الإهمال أو الحماية الشديدة في مثل هذه المواقف يكون الطفل قابلا للتعلق بموضوع التهديد على أن يهرب بعيدا عنه ونتيجة لهذا تكون الصراعات لدى الطفل حتمية.

في ضوء تحليل طبيعة هذه العلاقة الأولى المولدة للصراع والتي هي الأساس للعلاقات مع الآخر فيما بعد تم تحديد الأبعاد التي تمثل الاستعداد لمخاوف الذات وهي:

الغضب - الشعور بالذنب - القلق الاجتماعي - الخوف من العقاب - خوف الظلام - خوف الكوابيس - خوف المشاجرة.

٢ - تم إلقاء سؤال على (100 طفل وطفلة). السؤال هو ما هي الأشياء التي تخافون منها؟ وذلك من أجل حساب نسبة تكرار وأهمية مخاوف الذات التي توصلنا إليها.

٣ - تمت دراسة خمسة اختبارات عن الخوف وذلك من أجل اختيار عبارات تناسب الأبعاد التي توصلنا لها، وبذلك توصلنا إلى الصورة الأولية للمقياس.

ومن أجل تقنين مقياس مخاوف الذات قمت بعدة اجراءات هي:

١ - التجربة الاستطلاعية على عينة مكونة من (25 طفلا وطفلة).

٢ - عرض العبارات على ثمان من الخبراء في مجال القياس النفسي وعلم النفس الاجتماعي وأخصائية في المشكلات النفسية وخبيرين في مجال اللغة العربية.

٣ - بناءا على هاتين الخطوتين تم حذف مجموعة من العبارات لذلك قمت بإجراء ميداني، وهو إلقاء مجموعة من الأسئلة على (56 طفلا وطفلة) بهدف إضافة عبارات جديدة للمقياس فتوصلت إلى مقياس أولي معدّل.

٤ - قمت بتطبيق المقياس الأولي المعدّل على عينة مكونة من (124 طفلا وطفلة) ثم أعدت تطبيقه على نفس العينة بعد أسبوعين، وذلك من أجل حسب ثبات وصدق المقياس ومن ثم إيجاد معايير له.

وبذلك توصلت إلى صورة نهائية لمقياس الاستعداد لمخاوف الذات وهو يتكون من 32 عبارة.

بالنسبة للباب الرابع: تناولت فيه إجراءات البحث الميداني وتحليل نتائجه ووضحتها في فصلين.

في الفصل الأول وضحت إجراءات البحث، وتشمل مواصفات العينة الرئيسية، وطريقة تطبيق المقاييس والأساليب الإحصائية المتبعة من أجل استخراج النتائج.

لقد تم تطبيق المقاييس التي قامت ببنائها على عينة مكونة من (810 أطفال من الذكور والإناث) ممن تتراوح أعمارهم بين (9 - 13) سنة في الأقسام الرابع والخامس والسادس الابتدائي، من خمسة مدارس حكومية وخاصة بمدينة الرباط، تمثل الأوساط الاجتماعية الثلاثة (المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة).

وتم تحديد مفهوم الوسط الاجتماعي إجرائيا بناءا على المؤشرات التي اعتمدها (د. مبارك ربيع) في دراسته (مخاوف الأطفال وعلاقتها بالوسط الاجتماعي) وهي مهنة الأب والمدارس من حكومية وخاصة ومحل السكن ومؤشرات ثانوية أخرى.

ومن أجل تطبيق المقاييس على الأطفال تم تصميم أوراق إجابة تتضمن ثلاث صفحات بها أرقام الوحدات والاحتمالات الممكنة للإجابة، ويطلب من وضع إشارة (×) تحت أي احتمال.

وبذلك تضمنت كل ورقة إجابة (124) إشارة (×) وكل إشارة لها معنى ودلالة تتمثل في رمز رقمي.

ولكي يتم تحليل تلك البيانات واستخراج النتائج فقد تم ترتيب أوراق الإجابة ترتيبا تصاعديا من 1 إلى 810 متضمنة ثلاث مجموعات متساوية لكل وسط مجموعة.

ثم تم إدخال المعلومات الأولية، والإجابات التي تمثل أرقاما في ذاكرة الحاسوب لتتم معالجتها من خلال تصميم العديد من البرامج.

أما الأساليب الإحصائية التي اعتمدت عليها لمعالجة تلك البيانات فهي:

١ - معامل ارتباط بيرسون للقيم الخام

٢ - الإرباعيات لتحديد المجموعتين الأكثر استعدادا للخوف والأقل استعداد للخوف المقارنة بينهما كمجموعتين متطرفتين في العينة

٣ - المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

٤ - اختبارات T. test لقياس مدى دلالة الفرق بين متوسطين حسابيين.

أما الفصل الثاني من الباب الرابع، فقد شمل نتائج البحث وتفسيرها.

توصلت بعد المعالجة الإحصائية إلى نتائج معظمها سار في اتجاه ما توقعته الفرضيات وبعضها سار في اتجاه معاكس للتوقعات ونوجزها في الآتي:

١ ـ تبين آباء وأمهات الأطفال الأقل استعدادا لمخاوف الذات أكثر ميلا لاتجاهات السواء، فم أكثر ميلا لاستخدام أساليب الثواب، كالمكافأة والتشجيع وأكثر تقبلا لأطفالهم وصداقة لهم واستماعا لأفكارهم ومشاكلهم واحتراما لشخصيتهم وتشجيعا لفرديتهم، وأقل شدة وصرامة وضربا واستحواذا وتذبذبا في معاملتهم.

بالمقابل أمهات الأطفال الأكثر استعداد للخوف أكثر ميلا لممارسة أساليب اتجاهات القسوة والتسلط والحماية والآباء أكثر ميلا للقسوة والتسلط، وكل من الأم والأب أكثر ميلا لعدم الاتفاق في أساليبهم التربوية والسابق يسير في اتجاه ما توقعته الفرضية.

أما بالنسبة للعلاقة بين مخاوف الذات واتجاهي التساهل والإهمال السلبيين، فقد كانت مخالفة لتوقع الفرضية حيث أن أمهات وآباء الأطفال الأقل استعدادا للخوف أكثر ميلا للتساهل أي أكثر تسامحا ولينا وتحقيقا لمطالب الطفل وتقبلا لأخطائه.

كما تبين عدم وجود علاقة دالة بين إهمال الأم ومخاوف الأطفال ووجود علاقة سلبية بين إهمال الأب ومخاوف الأطفال، وقد تم تبرير ذلك على ضوء انخفاض درجة المتوسط الحسابي لاتجاه الإهمال، فالآباء في مجتمعنا لايميلون إلى إهمال أطفالهم وبالتالي درجة معينة من الإهمال قد تكون مهمة لبناء ذات مستقلة آمنة.

2ـ تبين أن الأمهات والآباء في الوسط المنخفض أكثر إهمالا وقسوة وتسلطا وتذبذبا في معاملتهم للطفل مقارنة بأمهات وآباء الأطفال في الوسطين المرتفع والمتوسط، والسابق انعكس على استعداد الطفل لمخاوف الذات، حيث أن أطفال الوسط المنخفض هم الأكثر استعدادا للخوف. وهذه النتائج تتفق مع توقع الفرضية.

٣ ـ تبين أن معاملة الأمهات للإناث في الوسط المرتفع أكثر ميلاً للحماية والسواء مقارنة بمعاملتهم للذكور، وفي الوسط المتوسط أكثر ميلاً للحماية مع الإناث وفي الوسط المنخفض الأمهات والآباء أكثر ميلا للتذبذب مع الإناث.

بالمقابل معاملة الآباء والأمهات للذكور في الوسط المرتفع أكثر ميلا للقسوة بالإناث، وفي الوسط المتوسط أكثر ميلا للقسوة والتسلط والإهمال، وفي الوسط المنخفض الأمهات أكثر ميلا للتساهل.

نلاحظ هنا: أن الإناث في الوسط المنخفض يتعرضن لمعاملة أكثر ميلا للسلبية من الذكور، وهذا يتفق مع توقع الفرضية بينما في الوسطين والمرتفع يتعرض كل من الذكور والإناث لمعاملة والدية تميل لبعض الاتجاهات السلبية، فمعاملة الأمهات والآباء للإناث أكثر ميلا للحماية، ومعاملتهم للذكور أكثر ميلا للتسلط والقسوة، وهذا يخالف توقع الفرضية وقد تكون الحماية الشديدة أكثر خطورة على بناء الذات حيث أن الإناث في جميع الأوساط هن أكثر استعدادا لمخاوف الذات مقارنة بالذكور.

وختاما نشير إلى أن نتائج البحث الحالي بقدر ما حاولت الإجابة عن عدة أسئلة بقدر ما فتحت المجال للعديد من التساؤلات، ويمكن اعتبار بحثنا هذا خطوة في مجال التنشئة الأسرية بالمغرب وهو مجال يحتاج إلى المزيد من البحوث الاستطلاعية التي تتناول الأساليب التربوية المتبعة من قبل الآباء بطرق تكون أكثر عمقا واتساعا لكل مرحلة من مراحل الطفولة.

ورغم ما قد يبدو من أن عملية التربية هي عملية تلقائية وعفوية إلا أن نتائج هذا البحث النظرية والميدانية تؤكد ـ كما أكدت دراسات أخرى في مجتمعات مختلفة ـ أنها عملية تحتاج إلى معرفة عملية بطبيعة الطفل و مراحل نموه ومتطلباته وحاجاته، ومعرفة بالأساليب والطرق التي تؤدي إلى نموه في اتجاه إيجابي، وذلك من أجل بناء ذات مستقلة آمنة تواجه عالمها بثقة وشجاعة.

قواعد النشر في مجلة علم النفس

١ ـ يراعى ذكر عنوان المقال، واسم الكاتب، ووظيفته، ومقر الوظيفة.

٢ ـ يراعى عند الكتابة لأول مرة لهذه المجلة، أن يذكر الكاتب المؤهلات وجهة التخرج واسمه الثلاثى.

٣ ـ يجب أن يشفع الكاتب مقاله بقائمة بالمراجع التى رجع إليها رجوعاً مباشراً. ويكون ذكر المراجع على النحو الآتى:

ـ فى حالة الكتب: اسم المؤلف كاملاً، عنوان الكتاب، بلد النشر، وسنة النشر واسم الناشر، وتذكر الطبعة إذا لم تكن الأولى.

ـ فى حالة المقالات المنشورة فى دوريات التخصص: اسم المؤلف كاملاً، عنوان المقال، اسم المجلة، سنة النشر، المجلد، العدد، ثم الصفحات التى يشغلها المقال.

٤ ـ يجب الالتزام بالقواعد المتعارف عليها عالمياً فى شكل المقالات التى تقوم أساساً على ذكر الدراسات الميدانية أو التجارب المعملية. فيورد الكاتب مقدمة يحدد فيها مشكلة البحث. ومدى الحاجة إلى معالجة هذه المشكلة، ثم يقدم قسماً عن إجراءات البحث يتكلم فيه عن الأدوات والعينة وتصميم الدراسة والأسلوب الذى اتبع فى استخدام الأدوات وجمع البيانات، ثم يفرد قسماً لتقديم النتائج ومناقشتها.

٥ ـ فى المقالات النظرية يراعى أن يبدأ الكاتب بمقدمة يعرف فيها مشكلة البحث. ووجه الحاجة إلى معالجة هذه المشكلة، ويقسم العرض بعد ذلك إلى أقسام على درجة من الاستقلال فيما بينها، بحيث يقدم كل قسم فكرة أو جزءاً من الموضوع قائماً بذاته.

٦ ـ يراعى فى المقالات النظرية والتجريبية/ أو الميدانية على حد سواء. الاقتصاد الشديد فى نشر المادة الإحصائية فى صورتها الرقمية ويمكن الاسترشاد فى ذلك بنماذج المقالات التى تنشر فى مجلة الـ Amercian Psychologist الصادرة عن جمعية علم النفس الأمريكية، أو مجلة Bulletin الصادرة عن جمعية علم النفس البريطانية. وتوضح عشرات المقالات المنشورة فى هاتين المجلتين أن العبرة ليست بكثرة الأرقام والجداول، وإنما العبرة بوضوح مشكلة البحث وتحددها أمام الكاتب، وبحسن الاستيعاب لتراث الدراسات التى سبق أن تناولت أطرافاً من هذه المشكلة، وبوجود رؤية جديدة، أو معان جديدة، لدى الكاتب يسهم بها فى تطوير النظر إلى هذه المشكلة.

٧ ـ تعرض المادة المقدمة للمجلة على محكّمين متخصصين؛ وذلك على نحو سرى، لتقدير الصلاحية للنشر، وتقوم إدارة المجلة بإخطار الباحثين والمؤلفين بالنتيجة دون الإيضاح عن شخصية المحكمين.

وتورد المجلة فى ردها على المؤلفين آراء المحكمين ومقترحاتهم إذا كان المقال فى حال يسمح بالتصحيح والتعديل، أما إذا لم يكن فتحتفظ المجلة بحقها فى رد المقال إلى صاحبه والاعتذار عن النشر دون إبداء الأسباب.

٨ ـ يراعى فى أحجام المقالات أن تكون أحجاماً معتدلة، بحيث تتراوح بين ثلاثة آلاف وتسعة آلاف كلمة، هذا بخلاف قائمة المراجع.

٩ ـ ترحب المجلة بالجهود العلمية البناءة لجميع الزملاء المتخصصين فى دراسات السلوك والخبرة البشرية، سواء كانوا من علماء النفس، أو من التربويين، أو من الأطباء النفسيين، والاخصائيين الاجتماعيين، وعلماء الاجتماع وكل من تسمح تخصصاتهم بإثراء زاوية النظر العلمية إلى السلوك والخبرة البشرية.

١٠ ـ لغة النشر فى المجلة هى اللغة العربية، وتهيب إدارة المجلة بالزملاء جميعاً أن يعنوا بسلامة اللغة عناية خاصة، سواء من حيث صحة المفردات، وسلامة التراكيب، وسلامة الأسلوب.

وعندما يشار إلى أسماء بعض الأعلام الأجانب يوضع اسم العالم باللغة الأجنبية إلى جوار كتابته بالعربية فى سياق النص. وهذا فى حالة ذكر اسم هذا العالم للمرة الأولى، فإذا ورد اسمه فى السياق بعد ذلك يكتفى بكتابة الاسم بالعربية.

وعندما يرى الكاتب أنه يضع ترجمة عربية لمصطلح أجنبى لم يستقر الرأى على وضع ترجمة محددة له ففى هذه الحالة يضع رقماً صغيراً فوق الكلمة العربية ويضع المصطلح بلغة أجنبية فى الهامش هذا فى المرة الأولى لذكر المصطلح.

فإذا عاد الكاتب إلى ذكره مرة ثانية فيكتفى بالترجمة العربية الواردة فى السياق.

١١ ـ الإشارة إلى المراجع فى سياق النص تكون بذكر اسم المؤلف وسنة النشر بين قوسين فى الموضع المناسب. ويكون ترتيب المراجع فى القائمة الواردة فى نهاية المقال حسب الترتيب الأبجدى لأسماء المؤلفين.

ويفرق فى قائمة المراجع بين العربى منها والأجنبى وبالتالى توضع قائمتان (إذا لزم الأمر) الأولى هى قائمة المراجع العربية، والثانية تشمل قائمة المراجع الأجنبية.

١٢ ـ لا تنشر المجلة مواد سبق نشرها باللغة العربية فى مجلة أو كتاب فى أى مكان فى الوطن العربى.

١٣ ـ لا تنشر المجلة مواد مستمدة مباشرة من رسائل الماجستير والدكتوراه.

علم النفس

الأسعار فى البلاد العربية والأجنبية

الكويت ديناران، البحرين ١٤٠٠ فلس، سوريا ٥٦ ليرة، لبنان ٣٠٠٠ ليرة، الأردن دينار ونصف، السعودية ٢٤ ريالاً، السودان ٩٥٠ قرشاً، تونس ٣٠٠٠ مليم، الجزائر ٥٦ ديناراً، المغرب ٢٥ درهما، الجمهورية اليمنية ٤٠ ريالاً، ليبيا ٣,٢٠٠ ديناراً، الدوحة ١٤ ريالاً، الامارات ١٤ درهماً، غزة القدس ٢٠٠ سنت، سلطنة عمان ١٥٠٠ بيزة، لندن ٤٠٠ بنس، نيويورك ١٠٠٠ سنت.

الإشتراكات

* من الداخل

عن سنة (٤ أعداد) ١٠,٨٠ عشرة جنيهات وثمانون قرشاً، شاملة مصاريف البريد وترسل الاشتراكات بحوالة بريدية أو شيك باسم الهيئة المصرية العامة للكتاب.

* من الخارج

عن سنة (٤ أعداد) ٢٠ دولاراً للأفراد، ٣٨ دولاراً للهيئات مضافاً إليها مصاريف البريد، البلاد العربية ٨ دولار وأمريكا وأوروبا ٢٤ دولاراً.

* المراسلات

مجلة علم النفس ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ كورنيش النيل ـ رملة بولاق ـ القاهرة

تليفون ٧٧٥٣٧١ ـ ٧٧٥٠٠٠

الهيئة المصرية العامة للكتاب



مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب





رجاء

ترجو إدارة المجلة السادة الكتاب المتعاملين معها بكتابة اسمائهم ثلاثية وعناوين محلات إقامتهم طبقا للبيانات المدونة ببطاقتهم حفاظا على حقوقهم المالية عند صرف مكافآتهم .

● تنويه

ترجوادارة المجلة الأقلال من الجداول كما هو مذكور فى التعليمات وإلا سنضطر آسفين لعدم نشر الابحـــاث

رجاء

ترجـو إدارة المجلة السـادة الكتـاب المتـعـاملين مـعـهـا بإرسـال نسـخة من الدراسات والأبحاث المراد نشرها بالمجلة على ديسك كـمـبـيـوتر. (آبل مـاكنتـوش)

علم النفس

مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب

٢٠٠ قرش